

Faculté de Médecine de Paris

173

ANNÉE 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 26 Janvier 1899, à 1 heure

PAR

DAVID C. Léon

Né à Richacha (Colombie) le 17 décembre 1871

CONTRIBUTION A L'ETUDE CLINIQUE
DE
L'OEDÈME BLEU
HYSTÉRIQUE

Président : M. DIEULAFOY, professeur.

Juges : MM. GUYON, professeur.

ALBARRAN et ACHARD, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*

PARIS

JOUBE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1899

Faculté de Médecine de Paris

ANNÉE 1899

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 26 Janvier 1899, à 1 heure

PAR

DAVID C. LÉON

Né à Richacha (Colombie) le 17 décembre 1871.

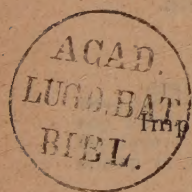
CONTRIBUTION A L'ETUDE CLINIQUE
DE
L'OEDÈME BLEU
HYSTÉRIQUE

Président : M. DIEULAFOY, professeur.

Juges : MM. GUYON, professeur.

ALBARRAN et ACHARD, agrégés.

*Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur
les diverses parties de l'enseignement médical.*



PARIS

JOUVE & BOYER

Imprimeurs de la Faculté de Médecine

15, RUE RACINE, 15

1899

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. BROUARDEL
Professeurs		MM.
Anatomie		FARABEUF.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale	{	HUTINEL.
		DEBOVE.
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie		Mathias DUVAL
Opérations et appareils		TERRIER.
Matière médicale et Pharmacologie		FOUCHET.
Thérapeutique		LANDOUZY.
Hygiène		PROUST.
Médecine légale		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		LABOULBENE.
Pathologie expérimentale et comparée		CHANTEMESSE
		POTAIN.
Clinique médicale	{	JACCOUD.
		HAYEM.
		DIEULAFOY
		GRANCHER.
Maladies des enfants		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		FOURNIER.
Clinique des maladies syphilitiques		RAYMOND.
Clinique des maladies nerveuses		BERGER.
Clinique chirurgicale	{	DUPLAY.
		LE DENTU.
		TILLAUX.
Clinique ophthalmologique		PANAS.
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique d'accouchement	{	N.
		PINARD

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GLEZ	REITTERER.
ALBERTIN.	HARTMANN.	RICARD.
ANDRÉ.	HEIM.	ROGER.
BAR.	LEJARS.	SEBILEAU.
BEYNAUDE.	LECLERC.	THIERY.
BROCA.	MARFAN.	THOINOT.
CHARLIN.	MARIE.	TUFFIER.
CHASSEVANT.	MENETRIER.	VARNIER.
DELBET.	NELATON.	WALTHER.
GAUCHER.	NETTER.	WEISS.
GILBERT.	POIRIER, chef des	WIDAL.
GILLES DE LA TOURETTE.	trav. anatomiques.	WURTZ.

SECRÉTAIRE DE LA FACULTÉ : **M. CH. PUPIN.**

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES CHERS PARENTS

ET

A MON COUSIN, LE DOCTEUR GEO D. COEN-

A MON MAÎTRE :

MONSIEUR LE DOCTEUR ERNEST BARIÉ

Médecin de l'Hôpital Laënnec

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR DIEULAFOY

Professeur de clinique médicale à l'Hôtel-Dieu

Membre de l'Académie de médecine

Commandeur de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

Dans le cours de nos études, nous avons été frappé par un cas très intéressant d'œdème hystérique que nous avons eu l'occasion d'observer, grâce à l'obligeance de notre ami M. Hauser, interne alors à la Salpêtrière.

Ce cas nous ayant paru mériter une étude approfondie, nous avons voulu à notre tour esquisser une description d'ensemble de cette manifestation.

En nous plaçant au point de vue purement clinique, notre but est en quelque sorte de synthétiser les recherches faites avant nous. Ce sujet, se prêtant toujours aux considérations nouvelles, nous en faisons l'objet de notre thèse.

Au moment où nous touchons à la fin de nos études, nous tenons à présenter nos hommages à nos professeurs dans les hôpitaux et à cette brillante Faculté de Paris, où nous ayons passé de si bonnes années et où nous avons acquis les connaissances qui nous serviront de guide dans le cours de notre carrière.

Mais nous voulons consigner ici le nom de ceux

qui ont été de plus près nos maîtres. Nous avons pu profiter des dernières leçons du regretté Professeur Péan, et nous avons appris dans son service à l'Hôpital Saint-Louis, les bases de la chirurgie, dont il était un des maîtres les plus incontestés. Nous rendons hommage à la mémoire de cet homme éminent.

Nous envoyons toute l'expression de notre gratitude à M. le Professeur Duplay, à MM. les Professeurs agrégés Albarran et Polaillon, ainsi qu'à M. le Docteur Millard et à M. le Professeur Budin, près de qui nous avons été admis à faire notre stage obstétrical.

Nous n'avons pas eu le bonheur d'être élève officiel de M. le Professeur Dieulafoy, mais comme tant d'autres, nous l'avons suivi, tantôt au chevet du malade, tantôt à l'amphithéâtre, où nous avons été attiré par ses profondes connaissances cliniques ainsi que par son admirable éloquence.

Nous lui adressons nos remerciements pour l'honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de notre thèse.

Notre reconnaissance est double à l'égard de M. le Docteur Barié, car il a été pour nous, non seulement le maître bienveillant auprès de qui nous avons appris les secrets de la clinique médicale qu'il connaît à un si haut degré, mais aussi le chef affectueux qui nous a prodigué en toute circonstance ses bons encouragements et ses conseils éclairés. Nous lui demandons l'autorisation de lui offrir notre travail.

Nous envoyons l'expression de notre affection à

nos oncles MM. E. de Marchena, A. C. Léon et M. B.
de Marchena, et consacrons un pieux souvenir à la
mémoire de notre excellent et malheureux ami
M. Arturo Damiron.



Aperçu historique

Nous limitant dans notre sujet à la description de l'œdème bleu, nous ne rappellerons que pour mémoire les travaux qui ont précédé ceux de Charcot.

« L'affection hystérique, dit Sydenham, ne s'en
« prend pas seulement à presque toutes les parties
« internes ; elle attaque aussi quelquefois les parties
« externes et les muscles, savoir : les mâchoires, les
« épaules, la main, les cuisses, les jambes, elle y cause
« tantôt une douleur et tantôt une enflure dont celle
« des jambes est la plus remarquable. On peut tou-
« jours observer deux choses dans l'enflure des
« hydropiques, c'est qu'elle est plus considérable le
« soir et que, quand on la presse fortement avec le
« doigt, l'impression y reste comme dans de la cire
« molle. Au contraire, l'enflure des personnes hysté-
« riques est plus grande le matin et quand on la
« presse avec le doigt, il ne reste aucune marque. Le
« plus souvent aussi l'enflure n'existe qu'à une des
« deux jambes. Du reste elle ressemble tellement à
« celle des hydropiques, soit par sa grandeur, soit
« par sa superficie, qu'on a bien de la peine à per-

« suader aux malades qu'elles ne sont pas hydropiques. »

Depuis Sydenham l'œdème hystérique avait été noté et observé.

Brodie en signale une forme arthralgique qui évoque l'idée de rhumatisme articulaire.

A. Martin dans sa thèse de 1876 montra que l'œdème se superpose volontiers à la contracture ou à la paralysie d'un membre chez les hystériques.

Damaschino (1) en rapporte de nouvelles observations.

Axenfeld et Huchard y font allusion dans leur *Traité des névroses*, 1883.

Fabre, la même année, présente un nouveau cas. Weir Mitchell (1884) relate trois curieuses observations.

Mais c'est Charcot le premier qui dans les *Léçons du Mardi*, 1889, et dans le *Progrès Médical*, n^{os} 41 et 42 de 1890 établit une distinction dans les œdèmes hystériques. Il sépara l'œdème blanc des hystériques, « celui qui ressemble à s'y méprendre à l'œdème des hydropiques, moins le fait cependant, du moins dans la règle, de l'impression laissée par la pression des doigts ». de l'œdème bleu qu'il décrivit spécialement et auquel il assigna comme caractère essentiel de s'accompagner d'un abaissement de la température locale qui peut aller jusqu'à

(1) Damaschino. Troubles trophiques de l'hystérie. *Gazette des Hôpitaux*, 1880.

deux, trois, quatre et même cinq degrés centigrades, et d'une coloration bleue violacée des téguments.

Cette deuxième forme, d'après Charcot ne diffère pas essentiellement de la première. Elle n'en est qu'une variété, mais une variété assez importante pour mériter une description spéciale.

Dans l'un des cas qu'il cite à l'appui de sa thèse il s'agit d'une jeune fille de 17 ans, hystérique avérée, prise un beau jour de contracture qui lui mit le pied gauche en talus. En même temps dit Charcot, se développe au niveau du pied et de la jambe un œdème considérable. C'est un œdème dur, bien qu'il conserve sur certains points l'impression du doigt. En même temps la région était cyanosée, violacée, parsemée de marbrures et d'une coloration lie de vin. La peau était sèche et froide. De plus il existait une hypéresthésie, exquise et des douleurs spontanées dans la jambe et dans le pied. Ces phénomènes durèrent environ un mois, puis cessèrent spontanément lorsque des attaques convulsives apparurent. Un peu plus tard ils reparurent, mais d'une façon assez légère, et disparurent enfin à la suite d'attaques convulsives classiques.

Dans un autre cas, il s'agit également d'une jeune fille de 17 ans qui fut prise sans cause appréciable d'un gonflement assez considérable de la cuisse et de la jambe droite. C'était une tuméfaction dure, ne gardant pas l'empreinte du doigt, de coloration bleu clair. Un chirurgien, croyant à une affection du péroné fit deux longues incisions au niveau de la

jambe ; il n'y avait pas la moindre trace de pus, il s'écoulait seulement un peu de sang. La malade présentait dans la suite des phénomènes indiscutables d'hystérie.

Ces deux cas fort remarquables furent encore appuyés par un certain nombre de faits presque superposables. C'est celui d'une jeune fille de 22 ans, Marg. F..., dont les doigts, le dos de la main, le poignet sont le siège d'une tuméfaction dure, ne gardant pas l'empreinte du doigt et présentant en outre une coloration bleue, parsemée de petites taches et de marbrures rouges et violacées, qui fait un contraste frappant avec le côté opposé. Charcot note aussi le refroidissement notable de la main, dont la température est de 4°2 inférieure à celle du côté sain ; l'attitude vicieuse de la main et des doigts, due à une contracture de ces parties ; l'importance fonctionnelle complète du membre atteint et enfin l'anesthésie pour tous les modes de la sensibilité, avec enflure remontant jusqu'aux environs de l'articulation scapulo-huméral et se limitant là par une ligne circulaire caractéristique. Charcot établit par l'étude attentive des différents cas qu'il avait sous les yeux, l'origine nettement hystérique de l'œdème bleu. Il vit l'œdème marcher de pair avec les autres phénomènes locaux (anesthésie, paralysie, contracture) et disparaître avec eux.

Charcot sut fournir des éléments de diagnostic entre l'œdème hystérique et les troubles trophiques

analogues, tels que l'asphyxie symétrique des extrémités.

Enfin Charcot ne manqua pas de donner de l'origine hystérique de l'œdème bleu une autre preuve, irréfutable celle-ci. Nous voulons parler de sa provocation artificielle chez certains hystériques, par suggestion. Il obtint un œdème bleu artificiel ne différant en rien de celui qu'il avait étudié chez ses malades précédents, et il put, par une contre-suggestion appropriée, le faire disparaître en quelques instants.

Cette expérience concluante ne pouvait laisser place au doute. En même temps elle éveillait l'idée que les œdèmes bleus hystériques n'avaient pas besoin pour guérir, de ces bandages, de ces appareils plâtrés même, qu'on y avait quelquefois si malencontreusement appliqué, et que le traitement par suggestion pouvait sans doute beaucoup plus.

La magistrale description de Charcot laissait peu à faire à ceux qui pouvaient étudier la question après lui. Aussi, les auteurs qui vinrent ensuite publièrent incontestablement des observations fort intéressantes, mais ne purent que confirmer les principaux points de l'histoire de ce curieux accident dont le tableau avait été d'emblée et magistralement tracé par le Maître.

Aussi ne croyons-nous pas utile de passer en revue les descriptions données par les auteurs qui suivirent. Ces descriptions, il est évident, apportent leur pierre à l'édifice, mais elles ne l'ont modifié en rien dans ses grandes lignes.

Après Charcot, les travaux sur le sujet se multiplièrent. Il faut signaler les observations rapportées par Tuffier et surtout la thèse d'Athanasio (1) faite sous la direction de Charcot.

A la même époque, Gilles de la Tourette et Duteil (2) puis Bois (3) apportent d'autres faits.

Nous nous bornerons à citer parmi les travaux les plus intéressants publiés depuis les noms suivants :

Trintignan. — 1891 (Thèse de Paris).

Thibierge. — 1892 (Bull. Soc. Dermat.)

Wills et Cooper. — (Brain 1893, p. 182).

M. Bertillon. — Archiv. neurol., 1892.

Gajkiewitz. — Gaz. lek., sept. 1893.

Wizel. — id.

Cardosi. — Gaz. déi Ospedali, 1893.

Thibierge. — Soc. de méd. des Hopit., 1894.

Delacour. — Bull. soc. sc. de l'Ouest, 1896.

Soyez. — Th. de Paris, 1895.

Ablekoff. — Medicinsk Obozrenié, 1895.

Morel. — Méd. Mod., 1896.

Widal. — Soc. des Hop., 1896,

Pardo. — Soc. des Hop. de Rome, 1896.

Warde. — Th. de Paris, 1897.

Grasset. — Article hystérie.

(1) Athanasio. Th. de Paris, 1890 (Troubles trophiques dans l'hystérie).

(2) Gilles de la Tourette et Duteil (Nouvel. iconog. de la Salpêtrière, 1889)

(3) Bois (Nouvel. iconog. de la Salpêtrière, 1891).

Actuellement grâce au grand nombre de faits bien observés, il nous semble qu'il est possible de résumer clairement les connaissances acquises. De plus, les nouvelles et intéressantes conceptions des accidents de l'hystérie font de ce sujet un objet d'études pour ainsi dire renouvelé. La physiologie pathologique, la pathogénie de l'œdème bleu hystérique sont des points que Charcot avaient à peine soulevés et qui, dès aujourd'hui, peuvent être discutés avec des éléments plus sérieux de raisonnement.

Dans ce travail nous passerons en revue des chapitres séparés :

1. L'Etiologie.
2. La Description clinique.
3. Les Formes spéciales.
4. Le Diagnostic.
5. L'Evolution, le Pronostic.
6. Le Traitement.

C'est donc spécialement la partie clinique que nous aurons à envisager.



Étiologie

L'œdème hystérique se voit aussi bien chez l'homme que chez la femme. Charcot en a rapporté un cas très typique chez un marin. Quant à la fréquence relative dans l'un et l'autre sexe, c'est comme cela arrive d'ailleurs, avec toutes les manifestations de l'hystérie, à la femme qu'il faut faire la part la plus large.

On peut en juger par le nombre de cas publiés jusqu'ici.

Il se présente plus souvent chez l'individu jeune, adolescent ou adulte. Il peut toutefois se voir à une époque plus tardive, et le cas de M. Charcot (Perr..., âgé de 46 ans) en fait foi (Voir observ. IV).

Quelle est la partie du corps où l'œdème hystérique se localise le plus volontiers ? C'est en général dans un membre et notamment le supérieur, et c'est à l'extrémité terminale des membres, c'est-à-dire au pied ou à la main, que le trouble trophique est à son maximum. L'affection est ordinairement unilatérale en ce sens que si la main et le pied sont pris en même temps, ils le sont du même côté.

Cependant, plus communément le membre supérieur seul ou le membre inférieur seul est atteint. Très souvent la localisation n'est que passagère.

L'œdème disparaît en un point pour reparaitre en un autre. Nous en donnerons un exemple, et dans ce cas la main, puis le pied sont affectés successivement.

On comprend que les extrémités appellent de préférence la localisation d'un trouble trophique tel que celui-ci. La circulation y est moins active chez nombre d'individus même normaux, elles sont le siège d'une cyanose continuelle, surtout au moment des froids. Aussi l'œdème qui est au fond un trouble trophique du même ordre, à un degré supérieur, s'y cantonne-t-il volontiers,

Mais dans un membre l'extrémité n'est souvent atteinte qu'accessoirement et dans nombre de cas on voit les accidents prédominer au pourtour d'une jointure, constituant la *forme arthralgique*.

Plus rare est le *sein hystérique*, phénomène du même ordre, cependant dont la cause se lie sans doute à une émotion ou une idée fixe très spéciale.

Nous n'insisterons pas sur les considérations étiologique et pathogénique que l'on pourrait discuter au sujet de l'affection qui nous occupe. Il ne rentre pas dans le cadre de notre travail, purement clinique, d'entrer dans pareille discussion. Aussi avons-nous hâte d'arriver au chapitre peut-être encore le mieux connu, celui de l'observation et des faits.

Description Clinique

Nous abordons le chapitre relativement le mieux connu de l'œdème bleu hystérique. Comment se présente-t-il habituellement en clinique, quels sont ses caractères fondamentaux ?

Tout d'abord une remarque s'impose : Les manifestations hystériques locales qui accompagnent l'œdème doivent-elles être rapportées à l'hystérie cause première, ou à l'œdème, cause accidentelle ? La coexistence d'une paralysie, d'une contracture, ou de troubles sensitifs dans le membre œdémateux est trop constante, et la marche de ces phénomènes est dans un rapport trop étroit avec l'évolution de l'œdème lui-même pour qu'une simple coïncidence les puisse expliquer. Nous ne pouvons donc dire que la description de l'œdème et sa conception doivent se borner comme l'indiquerait la définition à celle du phénomène œdème. La connexité est si étroite entre les troubles vaso-moteurs et les troubles sensitifs et moteurs qu'il est impossible de les en dégager et de soutenir que les seconds ne sont qu'une complication des premiers ; en réalité ils font partie, sur un plan

secondaire, nous le voulons bien, du même complexus symptomatique.

A cet égard il est permis de regretter que la définition « œdème bleu » ne tienne pas un compte suffisamment exact de l'importance de ces phénomènes surajoutés.

Nous verrions volontiers la définition s'élargir un peu, de façon à ne pas laisser complètement à côté d'elle des troubles qui ne sont pas fortuits mais qui font, à notre sens, presque partie intégrante de l'œdème.

Que les manifestations vaso-motrices soient si intimement liées aux manifestations sensitives et motrices, cela n'est pas pour nous surprendre chez l'hystérique où la pathogénie de ces accidents est si spéciale. De même que dans la distribution de son anesthésie l'hystérique ne tient pas compte de la distribution des branches nerveuses, de même le mélange d'altérations et des troubles variés et peu comparables, se conçoit par le fait seul qu'il s'observe sur le terrain hystérique.

Du fait seul que nous observons chez l'hystérique, nous sommes affranchis des conceptions méthodiques et régulières de la pathologie nerveuse et il n'y a pas lieu de s'étonner pourtant que les rigoureuses classifications symptomatiques ne soient plus applicables ici.

L'hystérie est tout le contraire de ce qu'on appelle une maladie systématique ; elle déconcerte souvent les meilleurs cliniciens par ses allures insaisissables,

et si ses manifestations sont parfois difficiles à dépis-
ter, c'est que l'observateur ne sait pas toujours conce-
voir dans son imagination tous les caprices dont cette
névrose est capable.

Nos classifications usuelles ne doivent donc pas
être maintenues aussi étroitement quand nous som-
mes sur ce terrain, et si nous le voulions, il faut nous
accoutumer à l'idée que nos conceptions anatomiques
et physiologiques seraient à l'épreuve d'un perpétuel
démenti. Au contraire, nous ne serons plus désorien-
tés, si nous savons mettre d'emblée l'hystérie hors du
cadre nosologique habituel, et si nous évitons de lui
appliquer les classifications symptomatiques créées
pour les maladies nerveuses à substratum anatomique.

L'étude analytique n'a ici sa raison d'être que
pour venir en aide à la mémoire ; il faut au contraire
accepter sans peine les complexus symptomatiques
bizarres qui se présentent souvent à nous.

L'œdème bleu hystérique en est un, et vu la fré-
quence des phénomènes sensitivo-moteurs, nous
nous demandons s'il ne devrait pas porter un nom plus
explicite : œdème bleu sensitivo-moteur par exemple.

Nous considérons donc comme faisant partie du
cortège symptomatique de l'accident que nous étu-
dions, des troubles sensitivo-moteurs regardés jus-
qu'à présent comme surajoutés.

Aussi après avoir étudié les caractères de l'œdè-
me *symptomatique fondamental*, nous devons décrire
l'état concomitant de la sensibilité et de la motricité.

L'œdème, quel que soit son siège, possède ici des particularités intéressantes.

La peau est gonflée, tendue et lisse, caractères qui s'imposent à l'observateur : Le gonflement est dur. Le doigt y pénètre difficilement et il a de la peine à y créer une dépression en godet. On dit que le gonflement est élastique. Nous verrons dans un instant que l'infiltration sous-cutanée n'est pas tout, et que c'est à l'infiltration et aux altérations dermiques qu'il faut rapporter cette élasticité de la peau.

Le gonflement finit quelquefois brusquement, et la limite est nette entre le segment du membre malade et les segments supérieurs ; il y a donc dans certains cas un bourrelet ou du moins une saillie brusque. D'autres fois au contraire, les régions œdémateuses, se fondent et se confondent insensiblement avec les parties voisines ; et ce second cas est certainement le plus fréquent.

La coloration des téguments est indiquée déjà par la définition. Cependant, les nuances sont variables. La teinte varie du bleu violacé au lie de vin foncé, avec des intermédiaires.

Rappelons à ce sujet que l'on a proposé de baser une classification des œdèmes hystériques sur la teinte qu'ils présentent, distinguant ainsi les œdèmes blancs, les œdèmes bleus et les œdèmes rosés. Cette délimitation est parfaitement justifiée pour les œdèmes blancs décrits par Sydenham, qui doivent former une catégorie spéciale. Quant aux œdèmes rosés ou lymphangitiques, il semble qu'ils appar-

tiennent bien à la classe des œdèmes bleus. La distinction entre les œdèmes blancs et l'œdème bleu de Charcot est trop bien assise pour que nous ayons besoin de la discuter à nouveau. Tout ce que nous dirons de l'aspect et des caractères cliniques se rapportent donc uniquement à ce dernier, sans même que nous ajoutons au mot œdème son qualificatif.

Il y a dans ce gonflement dur et tendu de la peau quelque chose de bien particulier, car il semble que non seulement le tissu sous-cutané soit infiltré, mais qu'encore la couverture superficielle, la peau soit le siège de troubles marqués. C'est probablement une infiltration du derme lui-même, qui a perdu sa souplesse et semble comme hypertrophié.

Il est certain que ces altérations cutanées existent ici à un degré plus marqué que dans les œdèmes que nous sommes habitués à rencontrer, ainsi l'œdème albuminurique ou cardiaque.

La surface cutanée présente souvent un aspect lisse, tendu, luisant qui rappelle celui qu'on observe dans l'œdème de voisinage d'un phlegmon, de sorte que l'aspect du membre, on le comprend, pourrait causer des méprises, chez un esprit non prévenu. L'étude des autres symptômes et l'évolution ne tarderont pas cependant à dissiper ces doutes.

L'existence de l'œdème produit, on le conçoit, une déformation des parties qui en sont le siège et cette déformation mesure même exactement le degré de l'œdème. Aussi, est-elle éminemment variable, tantôt le membre est devenu presque méconnaissable,

tantôt la forme générale a changé, tantôt au contraire, l'aspect ne s'est que peu modifié et il faut y regarder de près et *par comparaison* pour s'en apercevoir au membre supérieur. La déformation produite a-t-elle quelque chose de caractéristique, et permet-elle de se prononcer sur sa nature à la seule inspection du membre ? Il nous semble qu'il en est bien ainsi dans certains cas. Supposons que l'œdème affecte une main.

Sa localisation préférée est le dos de la main. Ici en effet, le tissu conjonctif lâche s'infiltré volontiers, et le plan osseux sous-jacent permet de se rendre compte d'une infiltration même légère. Après le dos de la main, c'est la base des doigts au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne et de la première phalange, qui présentent la déformation la plus nette. Au contraire, les extrémités digitales sont plus souvent indemnes. Le doigt est donc renflé, cylindrique. Il affecte une forme régulièrement arrondie, qui rappelle celle d'un boudin. La peau est aussi lisse et tendue, et les plis cutanés sont amoindris ou même ont disparu.

La mensuration permet de se rendre un compte plus exact de l'importance du gonflement ; on note des différences, très variables, bien entendu, suivant le segment du membre dont il s'agit, mais souvent considérables. Il est nécessaire de prendre toujours des points de repère afin de ne pas être égaré par l'apparence, et de mesurer en même temps et par comparaison la partie symétrique du côté sain.

Mais l'œdème n'est pas la seule cause de déformation. Une cause beaucoup plus importante réside dans l'état de la motricité. Les contractures, les paralysies contribuent à immobiliser le membre dans une position fixe, et la moindre tentative de déplacement ou de mobilisation provoque souvent des douleurs très vives.

En général, le membre atteint se présente donc dans une certaine attitude qu'il est indispensable d'étudier.

A la main, ce qui domine dans le plus grand nombre de cas, c'est l'attitude de flexion. Le malade ne laisse pas pendre son bras le long du corps, car il souffre alors d'un sentiment de pesanteur et de gêne. L'avant-bras est donc plié à angle droit et en demi-pronation. Le poignet est souvent immobilisé, mais il peut aussi avoir conservé ses mouvements. Les doigts surtout ont une attitude nette. Tantôt ils sont tellement fléchis que le malade a pour ainsi dire le poing fermé ; tantôt la flexion est plus modérée, les phalanges demi-fléchies sur le métacarpien, les phalanges sur les phalanges et les phalanges elles-mêmes sur les phalanges. Bien entendu, les degrés de flexion varient ; mais l'aspect général est celui-là. Chacun des doigts est rigoureusement immobile, les doigts sont comme collés les uns aux autres.

L'œdème hystérique affecte trop rarement les membres inférieurs pour qu'il nous soit possible de

donner une description générale des modifications qu'il y imprime et des aspects qu'il peut y revêtir.

Dans une observation curieuse de Damaschino, la région prise présentait une tuméfaction limitée, grosse comme un œuf, violacée, limitée au niveau de la malléole externe ; c'est là une localisation limitée, rare.

D'une façon générale, en dehors des extrémités, l'œdème hystérique se cantonne volontiers au pourtour des articulations, le genou ou l'articulation scapulo-humérale par exemple. Brodié avait remarqué il y a déjà longtemps cette localisation, qui dans quelques cas simule le rhumatisme articulaire au point que la confusion a été faite. Mais aucune partie de l'économie n'est hors d'atteinte.

L'œdème et l'attitude vicieuse de la main donnent déjà à la partie malade un aspect assez frappant mais poursuivons plus loin notre examen. Dans l'infiltration habituelle du tissu cellulaire, non seulement le doigt y enfonce aisément, mais la présence de sérosité dans le tissu sous-cutané peut être constaté directement ; car il suffit d'une légère piqûre pour faire sourdre cette sérosité.

Ici, dans l'œdème hystérique, la piqûre ne donne pas cet écoulement séreux ; le plus souvent il ne s'échappe rien de la piqûre ou simplement quelques gouttes de sang noir. C'est un fait que beaucoup d'observateurs ont pu vérifier et qui apporte la preuve que dans ces cas le tissu cellulaire n'emprisonne pas en réalité dans ses mailles la quantité de sérosité

qu'on s'attendrait à y rencontrer, et c'est ce qui explique en même temps la dureté, l'élasticité particulière que fournit la sensation du palper. Le point intéressant est qu'avec si peu d'exudation cellulaire un membre puisse être gonflé au point que sa circonférence puisse être augmentée de 8 ou 9 centimètres et davantage. Evidemment cette déformation, cette augmentation de volume ne peuvent être expliquées que par la coexistence d'altération, d'épaississement dermiques. D'autres faits viennent encore à l'appui de cette hypothèse et notamment les troubles circulatoires. La lividité et la teinte cyanique des téguments témoignent de l'insuffisance de la circulation cutanée et cette insuffisance se révèle encore à un plus haut degré si l'on observe ce qui se produit lorsqu'on comprime quelques instants avec la pulpe d'un doigt, une partie de la région envahie par l'œdème. Il faut très longtemps, après que le doigt a été retiré, pour que la tache blanche qu'il a provoqué, disparaisse. Si lente, si défectueuse est la circulation, que la tache d'ischémie persiste quelques minutes. Or c'est la circulation du derme que nous avons sous les yeux et nous pouvons ainsi juger de son état. Elle est très ralentie, le moindre traumatisme local l'abolit complètement ; le sang est longtemps avant de reprendre son cours. On croirait qu'il y a obstacle à son libre passage dans les vaisseaux.

La circulation est stagnante, et l'oxyhémoglobine réduite dans les tissus est transformée en hémoglo-

bine réduite ; voilà l'explication de la teinte cyanique, livide, asphyxique des tissus.

Or, avec cette donnée, le ralentissement du courant sanguin dans la peau, nous comprenons que le derme lui aussi puisse souffrir par défaut de nutrition, et nous n'avons plus lieu d'être surpris qu'il perde son caractère de souplesse, de mobilité, et que pour son propre compte, il soit le siège des troubles trophiques.

Donc il faut que l'on sache que le terme d'œdème est ici encore insuffisamment explicite ; car il est pris généralement dans le sens d'infiltration séreuse *sous-cutanée*, et dans le cas dont nous occupons, loin d'être la lésion dominante, l'infiltration sous-cutanée est presque négligeable à côté des troubles trophiques du derme. Ces troubles trophiques ne sont d'ailleurs pas rares dans la nosologie, indépendamment de l'œdème proprement dit ; dans les membres variqueux, par exemple, on note quelquefois des aspects similaires.

L'abaissement de la température est encore la conséquence obligée d'un pareil trouble circulatoire. Aussi voit-on dans l'œdème bleu hystérique des différences souvent considérables entre la région malade et la région saine symétrique. On a noté un abaissement de température pouvant aller jusqu'à 6° 5 et même 9° centigrades (cas de Boix).

Nous venons de passer en revue les principaux caractères qu'un examen rapide permet de reconnaître : l'œdème, l'aspect qu'il donne aux parties

qu'il affecte, les troubles circulatoires dont il s'accompagne. Avant d'en arriver aux troubles sensitivo-moteurs qui l'accompagnent si ordinairement, il nous faut insister un peu sur un caractère général de l'œdème bleu, nous voulons dire sa mobilité.

Sydenham avait déjà remarqué cette mobilité lorsqu'il disait : « L'enflure des personnes hystériques est plus intense le matin que le soir ». A la vérité, cette règle qu'il avait posée, ne se trouve pas confirmée uniformément. Ce qu'il faut dire ici c'est que l'œdème avec toutes ses conséquences : l'abaissement de température locale, la teinte cyanique, etc., peuvent se trouver modifiées pour ainsi dire d'un moment à l'autre sous des influences diverses. Ce peuvent être les paroxysmes de la névrose, les approches menstruelles et quantité d'autres causes, capables d'influer sur l'état d'une hystérique. Dans une des observations que nous présentons, nous voyons que le matin au contraire, la main paraît moins gonflée que le soir, ce qu'on pourrait peut-être attribuer au repos complet du membre à la chaleur du lit.

Dans certains cas il arrive que l'œdème va jusqu'à disparaître pour se montrer de nouveau quelques heures après. Il faut être bien fixé sur ce point afin d'éviter de prendre pour des guérisons, des états d'accalmie passagère. Comme devant tout phénomène hystérique, le médecin doit garder une prudente réserve, et ne point manifester son étonnement ou sa curiosité auprès de son malade.

Phénomènes sensitifs. — Au premier rang il nous

faut parler de la *douleur*. Quelle est la part de la douleur dans cette affection ? Elle est variable, mais ordinairement peu considérable. C'est le plus souvent un simple engourdissement du membre, avec quelques douleurs lancinantes, une sensation de pesanteur, de gêne qui fait que la main ne peut être gardée pendante. Le siège de la douleur n'est pas toujours voisin de celui de l'œdème. Elle se localise parfois au niveau d'une articulation (forme arthralgique de Brodié).

En somme il ne s'agit pas d'une douleur franchement aiguë et c'est là un des éléments qui permettent d'écarter l'hypothèse d'une lésion inflammatoire par exemple. Il s'agit bien plutôt de paresthésie, de sensations bizarres, de fourmillements, etc.

Plus touchée est la sensibilité objective du malade.

L'hypéresthésie est fréquente et superficielle. Les parties gonflées ne peuvent être maniées qu'avec les plus grands ménagements, une exploration brusque arraché même des cris au malade. Un frôlement, un traumatisme superficiel est pénible, alors même qu'avec prudence on peut mobiliser les jointures. On fera bien d'essayer de détourner pendant l'examen l'attention des malades. On pourra voir ainsi, ce qui n'est pas peu surprenant au premier abord, que la même exploration qui était tout à l'heure excessivement douloureuse passera cette fois complètement inaperçue. Ce n'est d'ailleurs pas une raison péremptoire pour penser à la simulation ; l'état mental des

hystériques nous accoutume à de semblables constatations !

Nous ne nous appesantirons pas sur les *anesthésies* qui dans ces cas ont toutes bonnes raisons d'exister. Le terrain est tout préparé ; puis les hémianesthésies sont souvent habituelles chez ces malades. Donc, presque toutes les observations font mention d'une anesthésie du membre malade, avec les caractères habituels de l'anesthésie hystérique. L'abolition du tact concorde avec celle de la sensibilité à la douleur et à la température.

Les territoires suivant lesquels elle se répartit sont nettement limités, par une ligne circulaire supérieure.

Toutefois il n'y a là encore rien d'absolument constant et aux cas d'abolition complète de la sensibilité dans tous ses modes on peut opposer des cas où les troubles sensitifs sont forts légers et limités en plaques. L'étude de cette anesthésie est fort délicate ; elle est sujette aux plus grandes variations journalières et telle région qu'on croyait amalgésique sera trouvée plus tard parfaitement sensible. Aussi par cela même perd-elle beaucoup de son importance.

Elle concorde d'ailleurs souvent avec une hémianesthésie généralisée, soit du même côté, soit du côté opposé, et avec des troubles sensoriels qu'il faudra dans tous les cas rechercher avec soin. Il n'entre pas dans notre cadre d'énumérer à ce propos les manifestations sensitivo-sensorielles si variées que l'on est appelé à rencontrer et qui sont connues

sous le nom de *stigmata*. La diminution de la sensibilité au tact, à la piqure, au chaud ou au froid, occupant la peau et les muqueuses ; la diminution du sens musculaire ; l'affaiblissement des perceptions sensorielles, auditives, olfactives, ou gustatives ; le rétrécissement du champ visuel, tels sont les principaux accidents que toute observation devra relater, qu'ils existent isolément ou en bloc. On sent combien cela est nécessaire pour confirmer le diagnostic étiologique de l'œdème bleu dans les cas où manquent les accidents plus évidents de la névrose.

Troubles moteurs. — L'importance des troubles moteurs est telle qu'elle n'avait pu échapper aux premiers observateurs. Charcot, Gilles de la Tourette, Dutil et Boix, n'ont pas manqué de les mettre en relief ; la place qu'on leur a donnée n'est pas exagérée ; ils doublent presque toujours les phénomènes vaso-moteurs et se superposent à eux.

Il s'agit soit de paralysies, soit de contractures dont la localisation est variable.

L'étude de l'attitude ordinaire du membre supérieur que nous avons esquissée, par exemple, montre qu'à l'œdème se trouvent surajoutés de la contracture ou de la paralysie. La position rigide et fixe du membre avec ses différents segments en flexion les uns sur les autres ne peut s'expliquer que par des contractions musculaires permanentes ; la difficulté que l'on éprouve à réduire ces attitudes défectueuses, témoigne de la permanence et de la résistance de ces contractures. Mais il n'est pas moins certain que

l'impotence fonctionnelle est souvent hors de rapport avec le degré de la contracture. C'est dire qu'il s'ajoute un certain degré de paralysie. Ces deux troubles moteurs se mélangent et coïncident ; ce que l'un n'explique pas, est créé par l'autre. La part qui revient à chacun d'eux est difficile à établir, car elle est à démêler dans chaque cas particulier. Des groupes musculaires voisins peuvent être affectés de paralysie et de contracture ; l'attitude du bras et celle du poignet et de la main peuvent donc être imputables à des états fonctionnels musculaires tout-à-fait différents et extrêmes.

Cette conception est nécessaire, pour comprendre exactement les attitudes du membre malade. Il serait, croyons-nous, tout à fait inadmissible d'établir que la paralysie et la contracture ne peuvent exister côte à côte dans des groupes musculaires voisins ; l'hystérie n'a rien de commun, nous y revenons, avec les lésions systématiques.

L'attitude n'est pas ici la résultante de lésions primitives, bien au contraire. C'est elle qui est primitive et pour la réaliser, la lésion dynamique se fait toute seule et naturellement. Telles sont les observations que doit suggérer d'après nous l'étude d'un certain nombre de cas d'œdème hystérique. Il suffit de regarder les faits avec attention pour reconnaître que toute conception basée sur une systématisation obligée aussi bien des troubles moteurs que des troubles sensitifs est forcément entachée d'erreur.

Ce qu'il faut dire c'est que l'œdème est presque

inséparable de troubles sensitivo-moteurs variables, nés sous la même influence que lui et faisant partie du même complexus symptomatique.

Il ne nous reste plus qu'un certain nombre de points secondaires à préciser. L'œdème et la cyanose ne sont pas les seuls troubles vaso-moteurs à noter; nous avons vu qu'ils entraînent un abaissement de température locale pouvant aller jusqu'à 6° et même 9° centigrades; sur cette peau livide et froide peuvent se montrer des marbrures, des éruptions maculeuses ou même légèrement papuleuses. Dans une de nos observations on voit le dos de la main envahi par une éruption de taches légèrement saillantes, rosées, s'effaçant par la pression et qui disparaissent en même temps que l'accident primitif.

Les sueurs locales sont quelquefois remarquables par leur abondance; il y a véritablement hyperhydrose, la sécrétion est continuelle et les gouttelettes perlent sur la peau: cette évacuation par la peau n'indiquerait-elle pas la tendance du sérum à sortir des vaisseaux et à exuder dans les mailles du tissu conjonctif? L'œdème n'est-ce pas une véritable sécrétion qui ne trouve pas d'issue? Cette assimilation actuellement un peu osée, demanderait cependant à être attentivement examinée.

Les recherches sur la pression artérielle dans le membre où se localise l'œdème ne sont pas suffisantes. Trintignan l'a trouvée augmentée de 2 à 4 centimètres cubes; cependant l'amplitude des pulsations artérielles serait plutôt diminuée. Nous devons faire obser-

ver qu'il y a pour la recherche sphygmomanométrique une cause d'erreur qui est la déformation, le gonflement des tissus, derrière lesquels l'artère peut être moins bien sentie, moins bien écrasée par la poire de caoutchouc de l'instrument. Il faut en tenir compte dans l'appréciation, en abaissant le chiffre trouvé et, il faut bien le dire, en renonçant à donner des résultats précis.

Tel est l'aspect clinique de l'œdème bleu hystérique. On a remarqué sans doute, que lorsqu'il a fallu préciser quelques points nous avons toujours pris le membre supérieur comme exemple. C'est que la main, les doigts, et la région carpienne sont en réalité son lieu d'élection et qu'il y est beaucoup plus fréquent qu'en toute autre partie du corps. particularité dont nous avons essayé dans un précédent chapitre de donner les raisons.



Formes

La description clinique que nous avons donnée en un tableau d'ensemble doit être complétée par l'étude rapide de deux formes que l'affection peut revêtir.

Nous n'avons pas à revenir sur l'œdème bleu des membres que nous avons choisi comme type. Il nous reste à dire quelques mots de deux localisations spéciales qui prennent chacune, en raison de leur siège, un aspect particulier, un cachet spécial, nous voulons parler de l'*arthralgie hystérique* et du *sein hystérique*. Ces deux manifestations de la névrose doivent sans aucun doute être rapprochées du complexe que nous avons décrit. L'une et l'autre s'accompagnent en effet de gonflement superficiel et de teinte cyanique des régions affectées, l'une et l'autre sont soumises aux mêmes lois d'évolution. Elles en sont donc à juste titre considérées comme des formes.

Brodié a donné de l'arthralgie hystérique une excellente description. La thèse de Soyez y consacre un chapitre spécial auquel nous empruntons les quelques lignes suivantes :

« L'arthralgie hystérique est très fréquente. On

la rencontre à toutes les grandes articulations, mais surtout au membre inférieur, à la hanche, au genou. Elle est ordinairement mono-articulaire, elle survient le plus souvent à l'occasion d'un traumatisme, mais il s'agit en réalité d'une suggestion traumatique.

Le premier phénomène est la douleur. Brodié insiste sur les caractères de celle-ci ; c'est surtout une dermalgie, et qui revêt une disposition spéciale, triangulaire à la hanche, circulaire au genou, en brassard pour le coude, en manchon pour l'épaule. L'attitude et la déformation du membre sont variables. Dans la coxalgie hystérique, elles peuvent simuler exactement celles de la coxalgie organique. A côté de ces faits il se produit souvent mais non toujours du côté de la peau des phénomènes qui ont trait à l'œdème hystérique ; on constate une tuméfaction générale des tissus environnants, due soit à un engorgement vasculaire soit à une extravasation séreuse dans le tissu cellulaire ; — les troubles trophiques de la peau qu'entretiennent ou que déterminent les topiques qu'on s'évertue à mettre sur la jointure douloureuse pourraient en imposer singulièrement pour la rougeur de l'abcès qui va apparaître, dans l'hypothèse d'une arthrite organique. Dans quelques cas le gonflement est plus circonscrit, on ne perçoit aucune fluctuation et Brodié le compare à un bouton d'urticaire qui se serait étendu. La marche des arthralgies est excessivement variable. Souvent très tenaces, durant parfois des années, elles guérissent

dans d'autres circonstances très rapidement et d'une manière presque subite. »

A notre sens cependant il faudrait éviter de confondre l'*arthralgie hystérique* avec l'arthrite hystérique dont la coxalgie est le plus bel exemple. Ici en effet les téguments, les parties superficielles sont surtout atteintes ; là ce sont les muscles péri articulaires qui se contractent et immobilisent l'articulation. Bien que de même nature elles sont créées par un mécanisme tout différent. Dans l'une, ce sont les troubles vaso-moteurs, dans l'autre, ce sont les contractures qui dominent.

Il reste le *sein hystérique*. Gilles de la Tourette a étudié avec soin et d'une façon remarquable, les phases de cet accident. Voici l'explication et la relation qu'il en donne :

« Dans le sein hystérique, il s'agit d'une zone hyperesthésique, hystérogène dont l'exaltation mise en œuvre par des causes diverses conduit dans tous les cas à un paroxysme convulsif dont l'aura part de la mamelle. Au moment de la crise, il se produit localement la série des phénomènes vaso-moteurs, qui vont de la congestion simple à l'œdème et parfois peut être à la gangrène de la peau. Au moment où s'exalte la zone de la région mammaire, le où les seins deviennent spontanément le siège des picotements, d'élancements parfois très douloureux, à caractère névralgique. La mamelle se tuméfie, le mamelon s'érige, l'organe tout entier augmente dans des proportions considérables qui peuvent en doubler le vo-

lume sinon plus. Souvent la douleur ne reste pas localisée; outre les phénomènes de l'aura propagée: sensations de strangulation, troubles céphaliques, etc, elle irradie, comme l'avait vu Brodié, du côté de l'aisselle, du rachis, s'unissant aux phénomènes douloureux partis d'autres zones hystériques du voisinage qui s'exaltent pour leur propre compte. C'est ainsi qu'elle peut s'accompagner des symptômes de l'angine de poitrine hystérique. Au moment où le gonflement du sein est à son summum, l'accès éclate, soit sous forme de chorée (rythmée) soit sous forme de paroxysme convulsif ordinaire. Toutefois les douleurs qui accompagnent le gonflement de la mamelle dominant le paroxysme et lui donnent un caractère particulier. Il va sans dire que le paroxysme convulsif n'est pas un accompagnement obligé de l'exaltation de la zone hystérique mammaire; il est bien rare cependant qu'au moment des crises de gonflement du sein, on n'observe pas quelques-uns des phénomènes prémonitoires des constitutifs de l'attitude. »

« La tuméfaction et les autres phénomènes que nous venons de décrire ne se bornent pas toujours à la durée du paroxysme lui-même. Dans les cas simples, ou lorsque l'affection ne fait que débiter, le gonflement disparaît avec l'accès douloureux, mais bien plus souvent, surtout si les accès sont rapprochés, la tuméfaction persiste à des degrés variables dans l'intervalle des paroxysmes, s'accompagnent toujours de cette hypersthénie cutanée qui va s'exalter sous l'in-

fluence de diverses causes. » (Gilles de la Tourette).

Ici encore, nous voyons des troubles vaso-moteurs s'allier à des phénomènes sensitifs, mais la manifestation hystérique emprunte au terrain où elle s'est portée, des caractères spéciaux. On comprend toutefois que les auteurs qui ont décrit ces divers accidents : œdème des membres, arthralgie, sein hystérique y aient pu voir des analogies assez frappantes pour les rapprocher, les englober dans un chapitre commun. Or, comme ce sont les phénomènes vaso-moteurs qui donnent toujours la note dominante, ce chapitre a naturellement pu prendre et garder le nom d'œdème bleu hystérique.

En réalité, ce que nous croyons pouvoir conclure de l'étude clinique d'ensemble et de l'étude des formes, c'est que ce que l'on doit entendre, sous ce nom, est à la vérité ordinairement un ensemble d'accidents pathologiques complexes portant sur les appareils sensitifs, moteurs, vaso-moteurs et trophiques et mêlés en proportion infiniment variée.

Le terme choisi dans un sens général ne peut donc répondre à rien de précis dans notre esprit. Contentons-nous de cette dénomination générale, pourvu qu'il soit convenu qu'elle ne prétend contenir en elle qu'une catégorie de troubles parmi les accidents complexes qui coexistent souvent, et qu'elle n'est qu'une étiquette mise en attendant sur un chapitre encore difficile à classer.

Diagnostic

Bien qu'il semble extraordinaire que l'œdème bleu hystérique puisse être pris pour un phlegmon, ou une affection inflammatoire, la confusion a cependant été faite.

Charcot attire l'attention sur la possibilité de cette méprise : « J'ai à peine besoin de vous mettre en garde, dit-il (1), contre la possibilité d'une confusion avec un phlegmon. Dans ce dernier cas, la fièvre et les divers caractères de l'inflammation plus ou moins étendue seront des signes d'une grande importance. Je vous ai néanmoins signalé en commençant un cas où une semblable erreur avait été commise. Vous ne devrez plus le faire aujourd'hui que vous connaissez l'histoire naturelle de cet accident névropathique. »

Et c'est avec raison que Charcot essayait de mettre en garde ses élèves. La confusion a plus d'un fois depuis été faite (Vulpian, Castex, etc.).

Les phénomènes inflammatoires sont cependant

(1) Progrès Méd. 1890, n° 41.

trop connus de tous pour que nous fassions autre chose que signaler le fait.

Une maladie qui simule de plus près l'œdème bleu, c'est l'*asphyxie locale des extrémités* ou maladie de Raynaud. Mais si elle présente avec l'œdème quelques analogies telles que la coloration des téguments, l'anesthésie, l'abaissement de la température, elle en diffère cependant par le siège de l'asphyxie qui occupe toutes les extrémités telles que le nez, les oreilles, les doigts et toujours symétriquement. De plus, l'évolution est toute différente.

Celle de la maladie de Raynaud procède par poussées, les parties atteintes sont douloureuses et prennent aussi une teinte asphyxique, mais il n'y a pas ou peu d'œdème, et à la crise fait suite une période de réaction. On observe souvent une mortification locale.

Dans l'Erythromelalgie ou maladie de Weir-Mitchell « les parties atteintes sont turgescents et les artères qui s'y rendent sont animées de battements violents. La peau présente une teinte rosée, animée, vive, et non pas une coloration livide, cyanique. Il n'y a pas de troubles de la sensibilité cutanée, tout au plus y a-t-il un peu d'hyperesthésie, mais pas d'anesthésie ; la température locale est augmentée et non diminuée. Les troubles trophiques font défaut, enfin les accès sont réveillés par la chaleur (Boulay).

Ici encore il y a trop d'éléments de diagnostic pour qu'une confusion soit permise.

Remark, Rothont signalé dans la syringomyé-

lie un œdème indolent du dos de la main, s'accompagnant d'hypothermie et d'une teinte livide, violacée. Si l'on ajoute l'anesthésie on voit que le diagnostic peut être difficile. En réalité il suffit d'avoir l'attention éveillée sur ce syndrome. Dans le cas où la syringomyélie et l'hystérie coïncideraient, il deviendrait difficile de savoir qu'elle est la part étiologique de l'une ou de l'autre maladie. On a décrit récemment sous le nom de *main succulente* un trouble trophique assez voisin et qui peut du reste se rencontrer ailleurs que dans la syringomyélie, chez les anciens hémiplegiques, par exemple.

Quant aux formes localisées d'œdème hystérique, on conçoit qu'elles puissent égarer plus facilement le clinicien. Pitres a rapporté une observation d'œdème bleu pris pour une phlegmatia alba dolens, dont elle avait usurpé d'ailleurs quelques-uns des caractères. On connaît la forme arthralgique de l'œdème bleu et l'on ne s'étonnera point qu'elle puisse être confondue avec le rhumatisme articulaire. La localisation de la teinte rosée et de la douleur, l'impotence consécutive sont bien faits pour éveiller cette idée.

Gilles de la Tourette a observé une jeune fille de 15 ans qui souffrait d'une arthralgie hystérique de l'épaule droite. Tout le membre supérieur était le siège d'un œdème bleu s'étendant jusqu'à l'extrémité des doigts. Elle avait absorbé des doses considérables de salicylate de soude.

D'une façon générale, il suffira de penser à la

possibilité de l'œdème bleu ; la recherche des antécédents , l'analyse complète des stigmates d'hystérie permettront dans les cas douteux d'élucider le diagnostic. Nous insistons sur ce fait que les stigmates devront être minutieusement recherchés, tant dans le domaine réflexe que dans les domaines sensitifs et sensoriels. D'autre part il ne suffit pas d'un seul ou de quelques-uns d'entre eux pour admettre d'emblée l'hystérie.

Il nous reste à dire quelques mots de toute une classe d'œdème qui en réalité ne possède pas encore un *état civil* bien défini, ce sont les œdèmes angio-névrotiques.

Nous ne rappelons que pour mémoire les œdèmes des intoxications ; ceux que Lendet a signalé dans l'empoisonnement oxycarboné, que Verneuil et Merklen ont décrits dans le paludisme. Nous voulons parler de cette série d'observations de Quinke, Minick, Widowitz, Mumford, Cavazanni et Moretti, Simon, Wills et Cooper, Mathieu et Weil, Courtois-Suffit (1).

Sous le nom d'œdème aigu de la peau, ces auteurs décrivent un œdème spécial, débutant brusquement, par des plaques rosées, qui apparaissent en différents points du corps, mais de préférence au visage. Il est indolore. Il se complique quelquefois de poussées d'œdèmes sur les muqueuses respiratoires ou digestives, qui ont pu donner lieu à des accès de suffoca-

(1) Voir revue générale de Courtois-Suffit, — Gazette des hôp., année 1890, n° 99.

tion ou à des accidents gastro-intestinaux graves. Il ne serait d'ailleurs, d'après Courtois-Suffit, qu'une variété anciennement connue d'urticaire et l'on en admet l'origine nerveuse.

Enfin nous citons pour mémoire les pseudolipomes (1) qui apparaissent surtout chez les arthritiques et qui par leur siège d'élection spécial et leurs caractères cliniques méritent bien une place à part.

Le temps n'est pas encore venu d'englober tous les œdèmes nerveux dans une description commune, et nous croyons qu'il serait prématuré de vouloir rapprocher de ces œdèmes aigus de la peau, l'œdème bleu hystérique dont les caractères sont si spéciaux.

(1) Voir Gazette des hôpitaux, 1896. Revue générale de Milan : les pseudo-lipomes.



Evolution. — Pronostic

Ce chapitre n'est pas un des moins curieux dans l'étude de l'affection qui nous occupe. L'apparition brusque, l'extrême mobilité de l'œdème bleu en même temps que sa tenacité dans certains cas, sont bien faits pour dérouter toute règle, pour défier toute prévision. Nous avons vu déjà que d'un moment à l'autre, sous l'influence d'une émotion, d'un état organique quelconque, les plus grandes variations pouvaient se produire. « L'enflure des personnes hystériques est ordinairement plus forte le matin que le soir, avait dit Sidenham ». Nous ne reviendrons pas sur ce que nous avons dit, au précédent chapitre de ces modifications fréquentes.

Aussi bien ce qui nous intéresse ici, c'est la durée totale de l'accident. Or, elle est très différente suivant le cas. Ce que nous savons de la pathogénie de l'œdème bleu et du rôle prépondérant de l'idée fixe dans sa genèse, laisse deviner les caprices de son évolution. Il est également facile à concevoir qu'il n'y a pas de rapport nécessaire entre son intensité et sa durée présumée. Aussi les limites de temps entre lesquelles il peut se circoncrire sont extrêmement larges. A côté

des cas dont la durée est relativement courte (quelques semaines, quelques jours), on a cité des observations où l'œdème bleu avait persisté deux ans (cas de Soyez), plus de 2 ans (cas de Charcot), 5 ans (cas de Brodié).

Si l'on voulait se prononcer d'une manière générale sur le pronostic, il faudrait donc convenir qu'il s'agit d'une affection tenace, sur laquelle les moyens de traitement, même les plus appropriés, n'agissent pas toujours.

Et la sévérité du pronostic se conçoit si l'on réfléchit que les sujets qui en sont ordinairement atteints ont un état mental de nature à entretenir ou même à raviver sans cesse de pareils accidents. L'œdème bleu participe au pronostic de tous les accidents hystériques, sérieux non point en ce qu'ils menacent la vie, mais en ce qu'ils restreignent et affaiblissent les facultés de l'individu.

De même qu'une paralysie, qu'une contracture, qu'une anesthésie persistent des années sous l'influence d'une cause initiale accidentelle, de même l'œdème bleu pourra durer aussi longtemps que ne se sera pas évanouie l'image, l'idée qui l'a provoquée. Bien plus, la guérison peut être momentanée, bien que complète en apparence. Tant que l'individu cultive en lui ce je ne sais quoi qui en a favorisé l'installation, il ne peut être considéré comme guéri : la récurrence peut se faire. Beaucoup d'observations mentionnent cette récurrence. Dans une des nôtres elle se

fit sur le membre inférieur alors que la première atteinte avait pris la main et le poignet.

Il nous semble qu'il y aurait à ce propos une question intéressante à soulever :

Dans les cas où la durée de l'accident a été considérable, la restauration des mouvements peut-elle être complète ? L'œdème bleu avec ses troubles moteurs qui condamnent tout ou partie d'un membre à l'immobilité, ne peut-il se compliquer quelquefois de tendance à l'ankylose des jointures ou à la rétraction tendineuse ?

Ce serait là sans doute un motif sérieux d'aggraver son pronostic. Mais nous n'en sommes heureusement pas là et dans la plupart des cas on voit l'accident s'évanouir avec la même rapidité qu'il s'est formé ; un jour ou l'autre, aussi brusquement qu'il est apparu, l'œdème s'évanouit, les douleurs disparaissent, la chaleur revient, la coloration cyanique fait place à une teinte rosée ; les mouvements provoqués redeviennent possibles et les mouvements spontanés eux-mêmes ne tardent pas à se montrer. Tout est rentré dans l'ordre, à un moment peut-être où on avait déjà perdu confiance dans l'efficacité du traitement.

Tantôt la guérison s'obtient sans autre accident, tantôt l'œdème cède la place à une autre manifestation de la névrose, aux crises convulsives, par exemple.

La connaissance de toutes ces éventualités assombrit certainement un peu le pronostic. Aussi le médecin doit-il en tenir le plus grand compte.

Traitement

Tout d'abord, il faut absolument répudier cette thérapeutique grossière, mise en œuvre à la première heure, ces moyens de contention et d'immobilisation dont Charcot a signalé déjà le danger, et qui ne font, la plupart du temps, qu'aggraver la situation. Donc, pas d'appareils plâtrés ni de moyens analogues.

Il va sans dire que le traitement général basé sur l'hydrothérapie est naturellement tout indiqué. Nous ne faisons que le mentionner ici.

Il nous reste pour agir localement deux grandes ressources : le massage et l'électrisation. Ils peuvent l'un et l'autre donner des succès.

Mais par quel mécanisme peut-on espérer produire la guérison ?

L'étude clinique que nous avons faite nous montre combien nombreux sont les phénomènes à combattre : troubles vaso-moteurs et trophiques, troubles moteurs, troubles sensitifs, etc.

L'œdème bleu résulte, nous l'avons vu, d'une fusion, d'une synthèse d'éléments divers. Faut-il

donc s'attaquer séparément à chacun d'eux, ou au contraire, existe-t-il un ordre de troubles tenant sous sa dépendance tous les autres et sur l'évolution duquel ces derniers se modèlent ?

En réalité, au point de vue thérapeutique, il faut essayer d'agir simultanément sur chacun des symptômes pathologiques, et ne point s'adresser de préférence à l'un d'entre eux, l'œdème, par exemple, comptant qu'en le faisant disparaître, tous les phénomènes accessoires vont s'évanouir du même coup.

Ce que nous venons de dire ne peut à la vérité s'appliquer au massage ou même à l'électrisation dont l'action est vraisemblablement complexe et s'exerce à la fois sur l'appareil circulatoire et l'appareil moteur. Quelle que soit la façon dont le malade réagit, pourvu que les effets soient heureux, leur emploi sera légitime. La guérison est le véritable et le seul critérium d'un traitement.

Il nous est bien permis, cependant, de nous demander si les succès qui leur sont attribués ne reviennent pas, pour une grande part tout au moins, à la suggestion. Il est impossible, en effet, évitera-t-on même de parler au malade et de lui expliquer les effets que l'on attend du traitement, il est impossible, disons-nous, qu'un élément d'auto-suggestion n'intervienne pas toujours et ne fausse les conclusions.

C'est pourquoi il est permis de penser que la suggestion à elle seule peut guérir l'œdème bleu hystérique ; et c'est ce que nous voyons en effet avec la plus grande netteté dans la première de nos obser-

David

vations. Ici le rôle de la suggestion a été indéniable, l'application de l'aimant n'ayant été qu'une façon de la déguiser, qu'un moyen commode de la faire accepter.

On peut donc fonder, il nous semble, les plus grandes espérances sur les résultats d'une suggestion bien employée, et nous prenons ici le mot dans son sens le plus large.

C'est, en définitive, le meilleur mode de traitement que nous ayons encore aujourd'hui à opposer aux accidents parfois si tenaces de l'hystérie.



OBSERVATIONS

Observation I (1)

(Inédite)

Service de M. le Docteur Jules Voisin (année 1897)
Salpêtrière

La nommée Robillac, âgée de 17 ans. Travaillait dans une blanchisserie. Elle ne connaît personne de sa famille. N'a jamais été malade dans son enfance. A été réglée à 14 ans. Bien réglée.

Entrée à Marcé depuis 8 mois. Depuis, elle a eu quatre ou cinq fois les mêmes accidents ; avant, elle les a jamais présentés.

La première fois, quelques jours après son entrée, sa main gauche gonfla, puis ce fut la main droite, puis le pied ; depuis, les extrémités sont prises indifféremment, tantôt l'une ou l'autre main, tantôt l'un des pieds.

Les accidents surviennent de préférence aux époques menstruelles.

(1) Cas observé avec M. Hauser.

Ils arrivent généralement tout d'un coup, durent quelques jours et disparaissent subitement. En dehors de ces paroxysmes, elle a les mains habituellement froides et engourdies.

Vendredi 23 avril. — Il y a trois jours que la malade, étant occupée à coudre, ressentit des douleurs lancinantes qui se propageaient de l'épaule à la main droite. Puis le gonflement est survenu brusquement comme d'habitude.

L'état est resté stationnaire; les douleurs ont continué jusqu'au lendemain, puis elles ont disparu presque complètement.

La malade se plaint d'un engourdissement permanent et de douleurs lancinantes de temps à autre. La force musculaire a disparu dès le début; elle ne peut plus travailler ou coudre, elle ne peut même pas tenir un objet quelconque. Les doigts sont absolument impotents, la main est volumineuse, tuméfiée, luisante, figée dans la même attitude: l'amyosthénie est complète.

Le gonflement ne remonte guère au-dessus du carpe, mais occupe surtout la face dorsale de la main, qui est violacée, luisante, tendue, froide. Le dos des phalanges présente le même aspect. Les doigts sont épais, cylindriques, en boudin. Les deux dernières phalanges sont légèrement fléchies sur les premières. On croirait un phlegmon profond. La main conserve une immobilité complète et la malade est incapable de redresser ou de fléchir le moins du monde les articulations phalangiennes. Elle ne peut soutenir sa main et cherche un point d'appui.

De temps à autre la main et les extrémités des doigts sont animés d'un tremblement oscillatoire en masse. Douleur spontanée et douleur provoquée par les mouvements.

La force musculaire est beaucoup plus faible que dans le membre opposé. La résistance à l'extension et à la flexion de l'avant-bras sont presque nulles.

Quant aux muscles du poignet, ils sont très difficilement et très peu extensibles.

La main est lourde et engourdie. Il y a des démangeaisons à la surface de la peau ; des douleurs dans le bras.

La sensibilité au tact et à la douleur est conservée sur le segment du membre affecté. Par le toucher la malade ne fait pas de différence pour le chaud et le froid sur le dos des phalanges.

La main présente une teinte livide, violacée, qui n'est d'ailleurs pas beaucoup plus accentuée que celle de la main opposée et qui disparaît lentement par la pression.

La pression détermine très difficilement le godet ; l'œdème est dur. La peau donne au toucher une sensation de tension particulière, semblable à celle de la peau qui recouvre un foyer inflammatoire. Elle est froide, plus froide que celle de la main opposée ; différence : 5°. Température de la main œdémateuse : 18°. Température de la main saine : 28°.

Les reflexes olécrâniens et du poignet sont exagérés, surtout du côté malade.

Par instant, le matin surtout, la main devient humide et se couvre de sueurs.

STIGMATES :

La sensibilité générale est conservée.

Réflexes patellaires exagérés.

Hyperesthésie mammaire.

Pas de points ovariens.

Pas de troubles visuels.

Champ visuel normal.

Audition très bonne.

Réflexes pharyngiens abolis.

5 Mai. — Même état.

6 Mai. — id.

Douleur plus accusée.

Pression artérielle : 800 du côté malade, 1000 du côté sain.

On place un aimant du côté de la main malade.

La peau du dos de la main perd un peu sa dureté et devient presque souple.

Diminution du gonflement après quelques instants. La peau est encore un peu dure et présente le même aspect, mais on ne sent plus la même résistance des plans profonds ; il y a beaucoup plus d'élasticité, et la peau se déprime très facilement.

L'attitude rigide en demi-flexion disparaît tout-à fait. La malade commence à faire mouvoir les doigts.

8 Mai. — Ce matin la peau est encore souple. Elle présente en outre la même coloration et le même aspect. Il y a une sorte de desquamation écaillée, fine. Elle a pu travailler à l'aiguille, la main est presque souple. Plus de douleurs. Elle commence à pouvoir serrer les objets, sans ressentir rien.

9 Mai. — Guérison parfaite. Les deux mains sont identiques. Les mouvements sont revenus à l'état normal.

30 Juin 1897. — Le 20 Juin elle a commencé à se plaindre de sa jambe. Elle a eu dit-elle le pied droit enflé et violet ; elle avait un peu de paraplégie et marchait lourdement, c'était plutôt de la parésie.

Cet état a duré quelques heures, mais les jambes sont restées lourdes pendant longtemps. Il y avait en

même temps des sensations subjectives ; douleurs dans les deux jambes sous forme de lancées ; des fourmillements, sensation d'une boule qui voyageait.

A la pression on constatait une sorte d'empâtement de la jambe, avec œdème très dur et très difficilement dépressible.

Il y a deux jours, elle commença à remarquer sur la face dorsale du carpe des petites rougeurs semblables à des piqûres d'insectes, s'accompagnant de sensations de piqûres.

Hier au soir elle ressentit des douleurs lancinantes jusqu'au coude ; elle eût des sueurs abondantes localisées à la face palmaire de la main. Elle supposa aussitôt que sa main aller enfler et elle ne dormit pas.

Le lendemain vers le matin elle remarqua que sa main était violette et gonflée au niveau du dos de la main. Quelques heures plus tard toute la main fut prise.

Etat actuel. — 1^{er} Juillet. — La main et plus volumineuse. Le dos de la main est rouge violet et la teinte de la peau remonte jusqu'à l'avant-bras. Les doigts sont en flexion légère et immobilisés. La peau est tendue, lisse. La pression y laisse très difficilement une légère empreinte, mais on perçoit néanmoins une sensation nette d'empâtement. En même temps la teinte rouge disparaît et la région comprimée devient blanche.

On remarque sur le dos de la main et le bord cubital de l'avant-bras, un peu au-dessus du poignet, une série irrégulière d'éléments papuleux, soit isolés, soit confondus en groupe. Sur le dos de la première phalange de l'annulaire on retrouve un de ces groupes. Leur aspect rappelle un peu celui de l'érythème

papuleux. Leur coloration violette tranche un peu sur le fond rouge.

Sur la face palmaire de la main et des doigts perlent continuellement des gouttelettes humides et la malade s'essuie constamment. L'impotence des doigts et du poignet est presque absolue. Les mouvements du coude et de l'épaule sont conservés. Des douleurs lancinantes partent du bord cubital de l'avant bras s'irradient dans la main et dans les doigts.

La sensibilité pour le tact et à la piqure est normale ; de même pour la température. La température des deux mains est à peu près la même. — Par contre les pieds vont bien, elle marche bien, il n'y a plus de lourdeur ni de gonflement.

Lorsqu'on veut lui faire subir le traitement par l'aimant, elle est prise d'une violente crise d'étouffement avec respiration stridente, précipitée, très rapide et de douleurs dans les deux mains.

D'ailleurs déjà la veille elle avait eu pendant la nuit des accès de strangulation, elle avait éprouvé une sensation de boule au larynx.

Pendant l'application de l'aimant nous assistons à des variations intéressantes dans l'état de la main.

Le gonflement diminue d'abord, la consistance est notablement moins résistante et on déprime plus facilement la peau ; puis à la main, ayant été retirée quelques instants pendant la crise d'étouffement, le gonflement a reparu, tel qu'auparavant.

2 Juillet. — Même état. Les tentatives nouvelles d'application de l'aimant ne sont pas suivies de résultats satisfaisants. On essaye en vain l'administration d'une pilule bleue.

Après une séance infructueuse d'aimant, M. Hauser a eu l'idée d'employer l'électrisation. Un courant faradique assez intense est appliqué pendant dix

minutes ; les doigts perdent alors leur raideur, deviennent plus souples, on voit la main revenir peu à peu à l'état normal ; en combinant l'électrisation au massage vigoureux de la main il parvint en quelques minutes à rendre la main presque normale. Dans l'après-midi la malade put travailler à des ouvrages de couture.

7 Juillet. — Sa main est presque guérie. La température locale s'est élevée au même degré que de l'autre côté.

Les éléments éruptifs ne sont presque plus saillants, ils persistent, mais plus pâles et moins nets. Ils disparurent entièrement quelques jours après.

La force musculaire est presque intégralement recouvrée. Plus de sueurs localisées.

La guérison s'est maintenue pour longtemps, jusqu'au moment où nous avons perdu de vue la malade, c'est-à-dire, que pendant sept mois l'œdème bleu n'a plus reparu.

Observation II

(Bois, citée dans la thèse de Warde)

Le 22 décembre 1894, entre à l'hôpital de la Charité dans le service de M. le Dr Brouardel, suppléé par le Dr Gilles de la Tourette, le nommé Wach. . . , âgé de 19 ans.

Le père et la mère du malade sont également violents et emportés et le père nerveux se met souvent dans des colères telles que, selon son fils, des épistaxis lui surviennent.

A l'âge de 6 ans, le malade subit une lithotretie à l'hôpital Trousseau.

A 8 ans, nouvelle intervention ; à 12 ans, troisième intervention ; à 17 ans, dernière intervention pour la même cause.

Il ne connaît aucun métier et avoue avoir été reconnu incapable d'en apprendre aucun. Tout travail, dit-il, lui est impossible.

Dernièrement il entre comme manœuvre chez un vannier. La besogne, toute mécanique, constituait pendant toute la journée à couper avec un sécateur des tiges d'osier.

Après un mois de travail il se sentit pris de faiblesse dans la main droite et peu de jours après, sa main se gonfle et devient bleue. Il entre alors à l'hôpital. On constate une main gonflée, violacée, dont la peau est tendue, volumineuse, marbrée de taches rouges et violacées. Cet œdème est dur, indolent et s'arrête nettement au niveau du poignet au delà duquel les téguments prennent la coloration normale. La main malade présente un abaissement manifeste de la température. Elle est fermée et toute tentative d'ouverture même passive reste sans résultat.

La recherche des stigmates hystériques a donné les résultats suivants :

Pas d'anesthésie appréciable des téguments sauf au niveau de la main malade. En partie aucune différence sensible à ce point de vue entre les deux moitiés symétriques du corps.

Abolition complète du réflexe pharyngien. Rétrécissement concentrique du champ visuel et diminution de l'acuité visuelle pour l'œil droit.

Le malade se plaint de faiblesse des jambes. L'amyosthénie paraît en effet assez marquée des deux

côtés. Les reflexes patellaires sont sensiblement exagérés.

Wach... n'a jamais eu d'attaques hystériques, mais il accuse des vertiges soudains et fréquents et tellement violents qu'il est obligé de se tenir pour ne pas tomber, aux objets environnants.

Son sommeil très agité est troublé par des rêves nombreux. Il raconte que ses parents lui ont souvent rappelé que lorsqu'il était jeune, il se levait la nuit, allumait la bougie et travaillait à ses devoirs d'écolier, tout cela sans se réveiller.

Au bout de 4 jours, sans traitement, l'œdème et la contracture avaient complètement disparu. Il part pour Vincennes. La guérison s'était maintenue quand nous l'avons revu, un mois après.

Observation III

(D^r Vallet, in thèse de Soyez).

Œdème avec cyanose et contracture hystérique du membre inférieur gauche.

Mlle B..., âgée de 17 ans, après avoir présenté une série d'accidents de nature hystérique (contracture du bras droit, torticolis, blépharospasme), fut prise le 7 mai dernier, des symptômes que voici :

7 Mai. — Le gros orteil du pied gauche se contracture en extension et en abduction forcée. Le jour suivant, le pied et la partie inférieure de la jambe

sont envahis assez rapidement par un œdème dur, avec coloration violacée des téguments.

Le 3^e jour, 9 mai, la contracture d'abord localisée au gros orteil se généralise à tout le membre inférieure gauche, le pied se place dans l'attitude du pied-bot talus et la jambe immobilisée en extension de telle sorte que la malade marche péniblement en soulevant son membre droit d'une pièce et en s'appuyant sur le talon.

L'œdème qui occupe tout le pied et les $\frac{2}{3}$ inférieurs de la jambe est énorme donnant aux deux segments du membre une forme cylindrique. Les saillies et méplats ont disparu, les malléoles ne sont plus apparentes.

Le gonflement consiste en une infiltration œdémateuse de la peau et des tissus sous-cutanés. Cet œdème est dur, cependant à la pression, il garde pendant quelques minutes l'empreinte en godet formé par la pulpe du doigt.

La peau au niveau des parties gonflées est cyanosée ; elle a une teinte générale violacée sur laquelle se dessinent des marbrures d'une coloration plus foncée, lie de vin. Elle est sèche, luisante et froide. Avec ce gonflement œdémateux qui est allé en augmentant, pendant une semaine environ, il s'est développé au niveau des parties tuméfiées :

1^o Une hyperesthésie douloureuse et superficielle des téguments. Les frôlements, les excitations à fleur de peau y déterminent une sensation de cuisson insupportable. Par contre une pression forte exercée sur une grande surface est bien tolérée. La sensibilité thermique est émoussée. Le contact d'une boule très chaude ne détermine qu'une vague sensation de chaleur.

2^o Des douleurs spontanées. Ces douleurs con-

sistent en tiraillements, élancements, sensation de brûlure. Elles sont assez intenses pour empêcher le sommeil. Tous ces troubles : œdèmes, cyanose, sensations douloureuses, hyperesthésie et contracture ont persisté pendant un mois.

9 juin. — Après une séance de massage la contracture a commencé à céder, et dès lors l'œdème, les troubles vaso-moteurs et l'hyperesthésie se sont effacés progressivement.

10 juin. — Alors que le volume du membre avait sensiblement diminué, les chiffres de mensuration faites comparativement au membre inférieur droit et au membre inférieur gauche étaient les suivants :

	<i>à droite</i>	<i>à gauche</i>
Coup de pied.....	21 cent.	24 cent.
Saillie malléoles....	22 —	25 —
Au-dessus de mallé.	19 —	21.5 —
Mollet.....	32 —	33 —

Ces troubles ont été suivis de près par une série d'attaques convulsives qui ont cessé au bout de quelques jours. Après un intervalle de quelques semaines, les mêmes accidents locaux (œdème, cyanose, contracture du membre inférieur gauche) ont reparu, mais très atténués, cette fois. Ils ont été du reste suivis comme les premiers d'une seconde série de crises convulsives.

Observation IV

(Thèse de Soyez)

Perr... N., quarante-cinq ans, ayant exercé la profession de marin, actuellement veilleur de nuit, à l'usine Eiffel, entre le 21 mai 1889, salle Prus, n° 9, à la Salpêtrière, service de Monsieur le professeur Charcot.

Pas d'antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — A treize et demi est entré à l'école des Mousses ; a navigué jusqu'en 1879, âgé de 36 ans, comme matelot : un peu mauvaise tête. A fait la campagne d'Italie, stationné à la Martinique ; stationné aux Indes ; quatre mois au Sénégal ; croisière dans les mers de Chine pendant 18 mois. Voyages à Saïgon, à la Nouvelle Calédonie, au Sénégal, à l'âge de dix-neuf ans aurait eu la fièvre jaune ? Jamais de fièvre intermittente. Il aurait eu deux petites atteintes de scorbut à 20 ans et à 35 ans.

Depuis qu'il a quitté la marine en 1876, âgé de 36 ans, il s'est marié, a travaillé cinq ans comme garçon de bureau, puis est entré comme surveillant de nuit à l'usine Eiffel. Pas de syphilis.

De vingt-trois à trente-six ans, il a fait des excès de boisson, il avait des pituites, des tremblements de mains, des cauchemars pendant la nuit.

Depuis cinq ou six ans il est tout à fait sobre. Il a perdu sa femme il y a cinq ans ; il y a trois ans, il a perdu un enfant du croup ; c'est trois mois après qu'il a commencé à avoir des vertiges. Toujours bien portant depuis 1876.

Début de l'affection actuelle. — Il y a trois ans au mois d'août, il a eu des étourdissements passagers, sept ou huit par jour. Il était pris tout d'un coup ; les objets brillaient devant lui, sa vue se troublait, pas de bruits dans les oreilles ; il ne perdait jamais connaissance mais il était obligé de se cramponner pour ne pas tomber.

Quand il ne pouvait pas s'accrocher à quelque objet n'ayant rien à sa portée, il se laissait aller doucement à terre pour ne pas se blesser en tombant, cela durait une minute et tout était fini.

Il travaillait alors comme homme de peine dans une fabrique de produits chimiques. Comme il était souvent obligé de transporter des bonbonnes d'acide sulfurique, le contremaître craignant de le voir tomber et casser ses bouteilles, vu ses fréquents vertiges, le fit renvoyer de la maison.

En dehors de ses vertiges il était tout à fait solide, travaillait régulièrement, ne souffrait de rien. Ces vertiges se sont atténués progressivement : ils ont existé pendant huit mois et ont disparu.

Depuis trois ans il lui arrive aussi très souvent, deux ou trois fois par semaines, d'être pris de bouffées de sang à la tête, sans vertiges.

Cela vient aussi bien à jeun qu'après le repas. Dans l'après-midi assez fréquemment. Tout à coup, il sent une bouffée de chaleur lui monter à la tête, ses tempes battent, il devient très rouge, cramoisi, violacé.

Parfois, les personnes qui le voyaient dans cet état croyaient qu'il avait bu. Cet état de congestion à la face ne s'accompagne pas de vertiges, seulement, s'il baisse la tête dans ces moments-là elle lui tourne quand il la relève.

Durée, une heure à une heure et demie.

Il a encore ces « congestions » actuellement, sa fille lui a dit plusieurs fois que pendant son sommeil de jour (car il est veilleur de nuit), surtout lorsqu'il a eu des vertiges, il rêve, parle, pleure abondamment ; il ne s'éveille jamais dans ces cas.

Il y a deux ans, le 21 juin 1887, en s'éveillant à une heure de l'après-midi (il s'était couché à sept heures du matin), il s'est trouvé complètement insensible, même au toucher ; il est très affirmatif sur ce point.

La veille, il s'était couché bien portant, il n'avait pas bu, n'était pas plus fatigué que d'ordinaire, pas l'ombre d'un traumatisme, rien de particulier.

Cette paralysie persistait depuis un mois et demi, lorsqu'il entra à l'hôpital Saint-Antoine, dans le service de Troisier (août 1887), où on électrisa sa main, qui resta insensible aux courants les plus forts.

Il prétend que quand on plaçait les pôles de la pile à courants interrompus, l'un sur le bras, l'autre sur la face externe de l'avant-bras, au niveau de la moitié supérieure, il sentait bien le courant, mais les doigts ne se relevaient pas.

« Ça ne répondait pas, disait l'élève, qui l'électrisait. » Il était insensible de toute la main jusqu'au quart inférieur de l'avant-bras. Au bout de quinze jours, il commença à mouvoir ses doigts, la sensibilité revint petit à petit. Il est sorti de l'hôpital en voie d'amélioration au bout de dix-sept jours.

C'est environ trois mois après qu'il a commencé à se servir de la main ; il pouvait saisir un objet, couper de la viande, mais il tremblait de cette main d'un tremblement lent, rythmé. Ce tremblement s'est atténué, mais il a persisté à un certain degré jusqu'à la rechute.

Pendant son séjour à l'hôpital, on constata qu'il

n'avait pas de gonflement de la main, mais la coloration était violette et la température locale abaissée.

M. Troisier constata qu'il y avait un abaissement local de 3°. Il reprit son service se sentant très bien, mais la main droite n'était pas aussi forte que la gauche.

Dans les rondes de nuit, quand il ouvrait une serrure, il était obligé de tourner la clef à deux mains.

Cet état a persisté jusqu'en février 1888.

Un matin, vers quatre heures, après avoir dormi une heure et demie environ sur une paille, il s'éveilla complètement paralysé encore de la main droite. La main était complètement insensible : le contact n'était pas perçu ; le malade qui commençait à bien s'observer est très affirmatif sur ce point.

Cette fois la main était gonflée et violacée.

Aucune sensation anormale, ni douleurs, ni fourmillement ; dans la main paralysie absolue de la main et des doigts, anesthésie complète, gonflement œdémateux et cyanose.

Il est allé 5 ou 6 fois se faire électriser à Lariboisière et puis il s'est contenté de prendre des bains sulfureux.

Il continuait son service de la veille à l'usine Eiffel, mais il ne se servait pas du tout de la main.

Paralysie, insensibilité, œdème, cyanose ont persisté jusqu'en septembre 1898.

Tout à coup, la veille il n'avait pu saisir un crayon alors qu'il s'y attendait le moins « en voulant involontairement prendre un verre plein, il fut tout étonné de pouvoir accomplir cet acte et porter le verre à sa bouche ».

A partir de ce moment la guérison fit des progrès très rapides ; sans fourmillements, sans engourdisse-

ments, sans douleurs, la sensibilité revient et, en huit jours, il recouvra l'usage de sa main.

Les deux premières fois quand sa main était anesthésique dans tous ses modes, il ne savait plus ou elle était.

Toutes les forces étaient revenues, il pouvait porter un sceau d'eau au deuxième étage. « J'aurais été à Lourdes, bien sûr j'aurais cru à un miracle » dit le malade. La guérison se maintient de septembre en mars 1889.

En mars 1889, vers 7 ou 8 heures du matin il avait dormi toute la nuit ; en faisant un inventaire à l'usine, il s'est trouvé paralysé de la main droite pour la troisième fois.

La paralysie était ce qu'elle est aujourd'hui (28 mars 1889) complète et flasque ; avec anesthésie ; mais le tact est conservé. La chaleur n'était pas perçue ; il se réchauffa près d'un foyer ardent jusqu'à se brûler pour voir s'il le sentirait, mais il ne sentit rien. Il se pinçait il ne sentait pas davantage. Dès le début la main était gonflée, cyanosée, œdémateuse.

Il est allé consulter à Tenon ou on lui a prescrit du bromure. Il n'est pas entré à l'hôpital, se contentant de se frictionner la main. Il entre à la Salpêtrière le 21 mai 1889.

Etat actuel (25 mai 1889). Hormis les bouffées de chaleur déjà décrites et auxquels il est encore sujet, pas d'autres troubles fonctionnels à relever que la paralysie de la main droite.

Description de la paralysie. Tous les mouvements de la main et des doigts sont abolis. La main pend, inerte. Le malade ne peut ni étendre, ni fléchir, ni les doigts, ni le poignet. Les mouvements d'adduction et d'abduction du poignet sont supprimés.

Lorsqu'on dit à P... de fléchir le poignet, il ne

peut pas. S'il plie l'avant-bras avec effort, on a de la peine à étendre le poignet ; les fléchisseurs du poignet ne sont paralysés que pour le mouvement de flexion isolé du poignet.

Quand le malade fait un effort pour déplacer ses doigts, on voit quelques légères secousses du petit doigt et de l'index.

La paralysie est flasque ; pas de traces de contraction ou de raideur.

Sensibilité. — Analgésie absolue de la face dorsale de la main, se terminant par un manchon circulaire à l'union du tiers inférieur avec les $\frac{2}{3}$ supérieurs de l'avant-bras, analgésie incomplète de la paume de la main et de la face palmaire des doigts.

Thermo-anesthésie complète dans les mêmes régions au froid (glace), à la chaleur, à 100° et au dessus.

La sensibilité au contact est conservée ; elle est perversie.

Le sens musculaire est aboli, poignet et doigt. La main et les doigts sont gonflés, oedémateux ; la coloration de la peau est normale (Pl. A).

Sens spéciaux. — Rien à noter ; seul le goût est obnubilé à droite.

Vers le dix juin, le malade s'est plaint de crampes dans les membres, apparaissant nullement la nuit.

21 juin. — La main est dégonflée, les doigts fonctionnent librement, sous l'influence toutefois d'efforts énergiques. Dans la nuit du 22 au 23, sommeil agité, énervement, crampes dans le bras, épistaxis.

23 juin, — L'état de la main s'est amélioré au point de vue de la sensibilité. Dyn. : 7 kilos. Elle reste dégonflée, mais toujours sensible à la douleur et à la température.

Vers 6 heures du soir, éblouissements, face congestionnée, vertiges subits : durée, quelques secondes. Dans la nuit, à trois reprises, crise d'étouffement, sensation de serrement à la gorge à vingt minutes d'intervalle.

24 juin. — Le malade se sent courbaturé, il a des élancements dans les tempes. Dans l'après-midi, pendant une partie de cartes, la main droite, qui était complètement désenflée, s'œdématie et se refroidit dans l'espace de deux heures sous les yeux du malade et des assistants. Les mouvements deviennent plus difficiles. Le soir du même jour, nausées.

25 juin. — La main est exactement dans le même état de bouffissurés et de paralysie qu'elle présentait avant l'amélioration des jours précédents.

P... se plaint de souffrir dans le côté gauche du ventre. Durant la nuit, il a eu des étouffements, sensation de boule partant de l'abdomen et remontant rapidement jusqu'à la gorge, de courte durée.

26 Juin. — Le malade en s'éveillant trouve la main complètement dégonflée, la peau cependant est un peu cyanosée il peut remuer un peu le doigt. Le soir à 4 heures tous les mouvements des doigts s'accomplissent rapidement sans force. Dyn : 6 kilogr.

27 Juin. — La *guérison* se maintient ; le malade peut se déboutonner, couper sa viande, accomplir presque tous les mouvements usuels. Cependant il ne faut pas que ces mouvements exigent un certain effort musculaire, car il ne peut pas par exemple, porter son verre plein à la bouche. Les troubles de la sensibilité restent les mêmes.

28 Juin. — Dans la nuit, tremblement de la langue et du bras droit : durée 30 secondes, suivi de crampes dans les membres du même côté. Le gonflement de la main reparaît et la paralysie également.

Dyn. O. Cet état persiste jusqu'au premier juillet, époque à laquelle la paralysie s'est atténuée. Dyn : O. L'œdème est moins marquée. Le pouce et les deux premiers doigts sont animés d'un tremblement léger à secousses inégales, peu rapide. Dans la nuit à la suite d'un accès d'étouffement précédé d'un aura très caractérisée, il a été pris d'un tremblement très rapide et très fort du bras et de la jambe du côté droit.

Ce tremblement a persisté plus de 5 minutes.

2 Juillet. — L'amélioration dans l'état de la main s'est accentuée. Dyn, : 15 kilos. Tous les mouvements sont possibles.

3-4 Juillet. — Même état. Dyn. : 18 kilogr.

Le 7 Juillet. — Durant la nuit, vertiges et étouffements ; le gonflement et la paralysie ont reparu le matin. Le lendemain le malade peut à peine écrire. L'anesthésie avec dissociation remonte jusqu'au tiers inférieur de l'avant-bras.

Le 8, 9, 10, 11 Juillet. — Même état, la main s'atténue, les mouvements redeviennent plus libres, le malade est très énervé, de mauvaise humeur. Durant la nuit, il est agité, il parle tout haut, il a des accès de tremblement.

15 Juillet. — Elancement dans les tempes très douloureux. Epistaxis.

16 Juillet. — Bourdonnements continuels de l'oreille droite, affaiblissement de l'acuité auditive de ce côté, qui a persisté d'ailleurs depuis cette époque.

17 Juillet. — La main est complètement dégonflée, mais elle reste violacée et insensible à la douleur et à la température. Les mouvements des doigts reparaissent. Dyn. : 17 kilos. La paralysie s'atténue les jours suivants.

Le 18, Dyn. : 18 kilos. Le 21 : 3 kilos ; le 23 : 50

kilos ; c'est tout ce qu'il peut donner lorsque sa main est en pleine force.

Le mardi 23, à 7 heures et demie du soir, vertige, congestion très vive de la face, bourdonnements dans les oreilles, mais plus marqués à droite, battements très violents dans les tempes, « énervement général ». Le malade se couche et tout à coup il tombe pour la première fois en attaque. Il en a une série de dix ou douze consécutives ; nous avons assisté à deux d'entre elles.

Phase épileptoïde. — Le malade commence par faire des efforts de déglutition et de respiration bruyante ; la phase se congestionne, et aussitôt, brusquement, les quatre membres se raidissent en extension, les avant-bras en pronation forcée, les doigts fortement fléchis, les poings fermés, la paume de la main tournée en dehors. Les membres sont agités de petites secousses épileptiques très rapides, très brèves. Cette phase dure quelques secondes, pendant lesquelles la face du malade devient rouge, violacée ; il n'écume pas et ne se mord pas la langue.

Grands mouvements ; puis il jette sa tête à la renverse et brusquement après des mouvements de circumduction des bras à grande amplitude, il décrit un arc de cercle couché sur le flanc droit, le ventre tourné à droite, les bras et la tête rejetés en arrière.

Ces grands mouvements se répètent une ou deux fois, puis le malade se remet dans le décubitus dorsal, les yeux fermés, le ventre souple. Cet état de calme dure une minute au plus.

Phases de délire ; puis, sans attitudes passionnelles, avec quelques déplacements de la tête, quelques mouvements des jambes et des bras d'ordre banal, il se met à parler à haute voix, questionnant un personnage qui est sa fille, lui répondant, etc.

« Delphine ! Delphine ! va trouver le concierge, tu ne peux pas me garder toute seule, tu es encore trop jeune pour te marier... », ect.

Nous interpellons, en ce moment, le malade, qui nous répond : « Je suis courbaturé, laissez-moi dormir ! » Sa main est complètement dégonflée, elle a toute sa force et serre énergiquement.

24 juillet. — Le lendemain, 24 juillet, l'œdème et la paralysie ont reparu durant la nuit. Le soir, à 7 heures, nouvelle série d'attaques comme la veille. Nuit très calme, bon sommeil.

26 juillet. — Plus de gonflement, plus de paralysie. Dyn. : 60 kilog., un peu de cyanose. L'anesthésie (dissociée) remonte jusqu'à deux travers de doigt au-dessous du coude où elle se termine par une ligne circulaire très nette. Champ visuel rétréci à 60° à droite et à gauche ; goût aboli à droite ; ouïe presque abolie à droite ; le bruit de la montre n'est perçu que si celle-ci est appliquée contre l'oreille. A sept heures moins le quart, le soir, P... tombe en attaque. Le malade, qui est dans le décubitus dorsal, en est à la phase du délire. Ses yeux sont fermés, le visage est très congestionné. Il parle sans accompagnements de geste, toujours couché, mais avec des intonations, des inflexions de voix pleines de naturel. Nous transcrivons textuellement ses paroles : « Des médecins, on a vu de malins, qui se disent malins ou qui paraissent l'être..., il y en a un..., on peut bien le nommer tout de même..., c'est l'honorable M. X, officier de la légion d'honneur, s'il vous plaît ; il n'est peut être pas plus brave pour ça. Il a dit à ces messieurs : Oh ! je ne vais pas vous raconter tout ce qu'il a conté, je ne vais pas vous faire des discours..., il a dit que j'étais atteint d'une névrite du plexus-brachial, et, à cet effet, il m'a collé un boisseau de

points de feu !... j'en porte encore les marques, etc., etc...

Deuxième attaque. — Phase épileptoïde ; grands mouvements en arc de cercle ; le délire continue.....

Troisième attaque ; quatrième attaque ; cinquième attaque, délire, etc.....

4 août. — Depuis, P... a des attaques à peu près tous les deux ou trois jours, le soir, toujours vers 7 ou 8 heures. L'anesthésie remonte jusqu'à la partie moyenne du bras. Ses autres étigmates n'ont subi aucune modifications. Le malade a de chaque côté dans le flanc une zone hystérogène très nette, pseudo ovarienne. La pression de ces zones n'arrête pas les attaques, mais elle les provoque toujours.

Observation V

Extrait du Progrès médical 1890 (n° 41). (Charcot).

On peut reproduire artificiellement l'œdème bleu, avec tous les caractères que vous lui connaissez, chez certaines hystériques, par suggestion, après les avoir placé dans la période somnambulique du grand hypnotisme.

Nous avons choisi pour cette expérience la nommée Pauline Schey..., âgée de 23 ans, qui est déjà depuis longtemps dans le service de la clinique. Cette jeune fille est atteinte de grande hystérie tout à fait classique avec stigmates permanents, hémianesthésie gauche sensitivo-sensorielle complète, rétrécissement

double très considérable du champ visuel, dyschromatopsie, etc. Grandes attaques, points hystérogènes. Elle a eu de plus quelques accidents d'ordre moins banal, si je puis ainsi dire, tels que grandes attaques de chorée rythmée, attaques de délire durant plusieurs jours. Je vous l'ai d'ailleurs souvent montrée dans mes leçons lorsqu'elle était en butte à quelques-uns de ces accidents. Enfin, elle est hypnotisable et, par les divers moyens habituels pour ce genre de recherches, on provoque chez elle le grand hypnotisme avec ses trois états caractérisés par leurs signes somatiques respectifs: léthargie, catalepsie, somnambulisme.

Le 26 avril 1890, la malade étant placée dans la période somnambulique de l'hypnotisme, on lui suggère que son poignet et sa main du côté droit vont se gonfler et devenir violets.

Les jours suivants la suggestion se réalise peu à peu et le 30 avril est dans l'état suivant :

La main droite est gonflée, d'un volume de beaucoup supérieur à la gauche. Les doigts, la main sur sa face dorsale, le poignet sont d'une coloration violacée, parsemés de plaques d'un rouge vif. Les doigts sont comme bridés au niveau des articulations des phalanges ; la peau à ce niveau, à la face dorsale forme un bourrelet très accusé, de coloration plus foncée. Le creux de la main est également gonflé, la peau est tendue et ne fait plus de plis comme au côté opposé.

La peau en général est lisse, un peu luisante, les stries et les plis sont effacés.

Ce gonflement est dur, l'impression du doigt ne laisse pas le godet caractéristique de l'œdème, bien qu'elle fasse une très légère dépression.

Toute manœuvre exercée sur la main produit au

point qui a été touché une tache rouge vermillon très accentuée, qui dure quelques instants.

La malade ne peut plus porter ses bagues. Dès le lendemain de la suggestion, on a été obligé de lui retirer par le procédé du fil une bague qui bridait le doigt annulaire, alors que d'habitude elle est plutôt trop grande.

La malade remue difficilement le poignet. Il existe certainement à ce niveau un certain degré de parésie. Il en est à peu près de même pour les doigts, qu'elle remuerait cependant beaucoup plus énergiquement que le poignet, si le gonflement des tissus sous-cutanés ne gênait les mouvements en bridant la peau.

La main est anesthésiée dans toute son étendue, jusqu'à un travers de main au-dessus du poignet, pour le tact. Pour la douleur, l'analgésie remonte à un travers de main plus haut. Pour la température, il y a thermoanesthésie absolue en manche de veste.

Le côté droit est habituellement sensible dans tous les modes; le côté gauche est anesthésique. Or il s'est fait un transfert à peu près exact de la sensibilité à la main et au poignet gauche; sensibilité à tous les modes jusqu'à un travers de main au-dessus du poignet gauche. Au-dessus de cette limite, analgésie à un travers de main plus haut. La thermoanesthésie persiste sur tout le membre au-dessus de la sensibilité complète, de telle sorte que la sensibilité à la température n'est pas transférée comme les autres au moins pour l'instant.

La température de la main malade est de $26^{\circ}5$ centigrade.

Celle de la main saine est $31^{\circ}8$. Différence $3^{\circ}3$.

Mensurations en centimètres :

Circonférence du poignet droit....	16 cent.	25
— — gauche..	15 —	25
Circonférence de la main au niveau des articulations métacarpo-phalangien- nes droites.....	20 —	50
Circonférence de la main au niveau des articulations métacarpo-phalangien- nes gauches.....	18 —	»
Circonférence du doigt médius droit au niveau de l'articulation moyenne....	7 —	50
Circonférence du doigt médius gau- che au même niveau.....	6 —	»

Il est facile de voir qu'il n'existe aucune différence essentielle entre cet œdème bleu produit artificiellement et celui que nous venons d'étudier chez nos deux précédents malades. Mais je vais encore vous montrer, Messieurs, et cela n'est point sans importance, que nous pouvons détruire ce que nous avons produit. Ce qu'une suggestion a fait, une autre suggestion va le défaire.

Je fais placer pour cela de nouveau la malade dans la période somnambulique et on va lui suggérer devant vous que sa main est guérie, qu'elle n'est plus faible, qu'elle n'est plus gonflée ni violette, tout en pratiquant sur cette main des massages destinés à augmenter l'effet de notre contre-suggestion. Vous le voyez, il nous suffit de dix à quinze minutes et cette main redevient blanche comme l'autre, mince et recouvre sa sensibilité; tandis que la gauche qui avait récupéré le sentiment par transfert, redevient anesthésique comme par devant.

Il y a six mois, mon chef de clinique, M. Georges Guinon, avait déjà fait cette même expérience sur cette même malade et elle avait donné identiquement les mêmes résultats.

Conclusions

I. — L'étude clinique même schématique de l'œdème bleu hystérique nous montre qu'il s'agit d'un phénomène complexe où l'œdème tient il est vrai le premier rang, mais où l'importance des troubles sensitifs et moteurs est vraiment considérable.

Pris séparément, chacun de ces symptômes revêt un cachet d'originalité.

A. — L'œdème n'est pas ici une simple infiltration séreuse du tissu cellulaire sous-cutané, mais il s'accompagne d'épaississement et d'altérations dermiques souvent dominantes.

B. — Les phénomènes sensitifs affectent les caractères de localisation géométrique qui leur sont habituels dans l'hystérie. Ils existent à tous les degrés.

C. — Quant aux troubles moteurs ils dénotent autant que les précédents une absence totale de systématisation ; la paralysie et la contracture coexistent et se combinent en proportions variables.

II. — Ces divers éléments se groupent pour réaliser un complexus qui échappe souvent à une des-

cription régulière, car il se rencontre dans des manifestations en apparences éloignées telles que l'Arthralgie et le Sein hystérique. Il n'en est pas moins vrai qu'un lien puissant les réunit et que leur rapprochement ne peut que mettre en lumière leurs évidentes analogies.

III. — Quels que soient les aspects que revête l'œdème bleu hystérique, ces caractères d'évolution sont ceux de toutes les manifestations de l'hystérie. Il n'est, à le bien prendre, qu'un assemblage de phénomènes hétéroclites qui se développent habituellement pour leur compte sur ce même terrain. Aucun de ces éléments ne lui est propre; leur combinaison seule est caractéristique. Incontestablement toutefois, il a droit à un chapitre spécial.

IV. — Étroitement lié à l'hystérie, il doit bénéficier et il bénéficie en effet du traitement applicable aux accidents du même ordre : la suggestion.

Vu :

Le Président,

DIEULAFOY.

Vu : Le Doyen,

P. BROUARDEL.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES

Damaschino. — Gazette des Hôpitaux, 1880. — Troubles trophiques dans l'hystérie.

Weir-Mitchell. — Ann. Journal of médical Sc. Tome 88. — Unilatéral Swelling of hystérical Hémiplégia (The amer. Journal of Méd. Science), vol. 88, Philadelphia, 1888, p. 94.

Charcot. — Progrès médical, 1890, n^{os} 41 et 42. — Manuel de Méd. T. VI, art. Hystérie.

— (Rev. de l'hypot. 1^{er} juin 1890). Œdème bleu hystérique expérimentalement obtenu par suggestion.

Gilles de la Tourette. — Nouvel. Iconogr. p. 251, 1890. — Contribution à l'étude des troubles trophiques de l'hystérie.

Willis. — Pathologiæ cerebri et nervosi generis specimen in quo agitur de morbis convulsis et scorbuti. Londres, 1678, cap. VI, obs. 1 (sein hystérique).

Huchard. — (Journal des Praticiens, 1893, p. 829).

Gajkiewicz. — Gaz. lek. septembre 1893.

Sahli. — (Corresp. Blats, f. schweiz. Aerzte), août 1893. Hystérie avec œdème bleu alternant à l'époque des règles, avec mutisme.

Smith. — (Lancet, 14 juillet 1894). Œdème angio-neurologique.

Pisarzewski. — (Gaz. lek. an. 1894). Œdème bleu avec asphyxie locale.

Huchard. — Journal des Praticiens, 1894, p. 37. Œdème névropathique.

Smith. — Fractitioner, avril 1894.

Wills et Cooper. — Brain, n° 63, 1893. Œdème angio-neurologique.

Etienne. — Gaz. hebdomadaire, Paris, janvier 1894.

Bannistes. — (Journal of. nevr. dis. 1894, octobre).

Dubreuilh. — (Semaine médicale, 17 août 1895). Eruption hystérique.

Gilles de la Tourette. — Bulletin médical, Janvier 1895. Troubles trophocutanés dans l'hystérie. — Traité de l'hystérie.

Soyez. — Thèse de Paris, 1895.

Pannetier. — Thèse de Bordeaux, 1895. Eruption cutanée hystérique.

Manheim. — Arch. de Neurologie, sept. 1896. Troubles vasomoteurs d'origine hystérique.

Alekokof. — Arch. de Neurologie, 1896, p. 321 : Lésions anat. path. Analyse de Hayem, 96, p. 528.

Varian. — (Méd. News, août 1896). Œdème angio-neurologique.

Norton. — N. York médical Journal, Janvier 96 ou 97. Œdème angio-neurologique.

Potain. — Bulletin Médical, Janvier 1897. Œdème nerveux et arthritique.

Warde. — Thèse de Paris, 1897. Œdème hystérique.

Van Harlingen. — (Amérique. Journal of. méd. sc. Juillet 97). Névroses hyst. de la peau.

Remak. — Berl. Klin. Wochenschrift, 1889.

Athanasio. — Thèse de Paris, 1890. Troubles trophiques dans l'hystérie. — Traité de médecine. Tome VI, art. hystérie.

Trintignan. — Thèse 1890. Œdème hystérique.

Boix. — Nouvelle Iconographie, n° 1, p. 65, 1891. Œdème bleu hystérique.

Richard. — Société Médicale des Hôpitaux, Janvier 1891. Troubles trophiques art. dans l'hystérie.

Pitres. — (Progress médical, Février 1891). Troubles trophiques dans l'hystérie.

Thibierge. — (Société française de Dermat., 10 mars 1892).
Un cas d'œdème bleu hystérique.

Oulmont et Touchard. — 1892. Contribution à l'étude des troubles trophique dans l'hystérie.

Ashton. — (Méd. News, Avril 1892). 3 cas d'œdème angio-névrotique.

Carrieux. — (Nouv. Montpel. méd., p. 544, 1892). Syndrome vaso-moteur dans l'hystérie.

Watson. — (Thèse de Montpellier, 1892). Hystérie vaso-motrice.

Muëller. — Corresp. Bl. f. schw Aerzte, Juillet 1892.

Roth. — De la chromatose médullaire. (Arch. de Neurol., 1898).

Kuss et Duval. — Vaso-moteurs.

Vulpian. — Leçons sur les vaso-moteurs.

Seglas. — Leçons de clinique mentale.

Janet. — Accidents mentaux de l'hystérie.

P. Sollier. — Genèse de l'hystérie.

Gilles de la Tourette. — Traité de l'hystérie.

